

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Transmission de la Fièvre Aphteuse
des Animaux à l'Homme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges HUGOT

NE A MALESHERBES (LOIRET), LE 20 OCTOBRE 1886

VILLEFRANCHE (RHÔNE)

IMPRIMERIE AURAY FILS ET L. DESCHIZEAUX

1913

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ.
J. COURMONT

Doyen.
Assesseur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	X...
	X...
Cliniques chirurgicales	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies mentales	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	CLUZET
Physique médicale	HUGOUNENQ
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique	GUIARD
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	TESTUT
Anatomie	RENAUT
Anatomie générale et Histologie	MORAT
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	LESIEUR
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOU
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée	Etienns MARTIN
Médecine légale	COURMONT (J.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	LATARJET	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LESIEUR, Président ; Etienne MARTIN, Assesseur ;
MM. F. ARLOING et A. FROMENT, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Transmission de la Fièvre Aphteuse
des Animaux à l'Homme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges HUGOT

NE A MALESHERBES (LOIRET), LE 20 OCTOBRE 1886



VILLEFRANCHE (RHÔNE)

IMPRIMERIE AURAY FILS ET L. DESCHIZEAUX

1913

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de mon
affection et de ma reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

le Professeur JABOULAY

*dans le laboratoire duquel nous
avons passé de longues heures au-
près de lui. Nous en gardons pieu-
sement un souvenir ému.*

A SON CHEF DE LABORATOIRE

Monsieur le Docteur René HORAND

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur ès-Sciences

*qui fut pour nous, dès le début de
nos études, le véritable maître, celui
qui sait devenir un ami.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR

Jules TUSSAU

Ex-Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Mâcon

Officier de l'Instruction Publique

*qui nous inspira le sujet de notre
thèse et voulut bien rédiger notre
préface. Nous l'assurons de notre
gratitude pour toutes les marques
de bonne amitié qu'il ne cesse de
nous témoigner depuis le début de
nos études médicales.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

LESIEUR

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique Générales
Directeur du Laboratoire Municipal d'Hygiène
de la Ville de Lyon

*qui nous a fait l'honneur de pré-
sider notre thèse.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

Etienne MARTIN, F. ARLOING & FROMENT

*qui ont bien voulu faire partie de
notre Jury.*

PRÉFACE

Sur le seuil d'un édifice scientifique, il n'appartient guère au praticien d'écrire des lignes suffisamment autorisées.

Je resterai simplement commémoratif.

Il m'a semblé en sillonnant des campagnes ravagées par la fièvre aphteuse que l'art vétérinaire qui, si souvent, nous a donné la main en matière de recherches scientifiques, aurait, à ce sujet, besoin d'encouragements dans le monde médical. La fièvre aphteuse, cette affection encore mystérieuse quand il s'agit des bêtes atteint quelquefois l'espèce humaine, en s'atténuant, c'est là un fait manifeste.

Nos chapitres classiques la touchant en pathologie sont bien pauvres. Peut-être la médecine humaine arrivera-t-elle dans un avenir prochain à fournir sinon une solution, sinon une thérapeutique victorieuse, du moins des matériaux utiles à la collaboratrice qui compte des noms vénérés comme ceux de Chauveau, de Collin, d'Arloing et tutti quanti. C'est là ce que je souhaite à l'effort que vient d'accomplir mon jeune et laborieux confrère qui, aidé de ses maîtres, a bien voulu accepter ce sujet de thèse, l'étudier consciencieusement, et, j'en ai la conviction, faire avancer d'un pas marqué la question en jetant du jour sur le ténébreux problème dermatologique des aphtes, dissipant ainsi la regrettable confusion qui planait sur le passé antérieurement à cette thèse inaugurale.

D^r J. TUSSAU,

*Ex-Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Mâcon,
Officier de l'Instruction Publique.*

INTRODUCTION

A sa consultation, le spirituel Dr Ricord examinait certain jour la bouche d'une pauvre fille des trottoirs parisiens, épave de la grande ville.

« Regardez, Messieurs, dit-il en se retournant du côté des assistants, que pensez-vous de cette belle maladie de vache ? » Chacun était habitué aux mordantes épithètes du Maître, à ses fantaisies, à ses gamineries dont les « Ricordiana » nous ont apporté de joyeux échos, mais le mot était dur, trivial ; la surprise fut grande.

« Allons, Messieurs, disait en souriant malicieusement Ricord, j'attends votre diagnostic. Je vous ai mis sur la voie ! » Le fait est qu'il s'agit d'une professionnelle. L'argot de la Butte ne peut que souligner la condition sociale de la jeune fille.

Le diagnostic demandé paraissait s'imposer : lésions syphilitiques, accidents du métier !

« Pas du tout, Messieurs, répond le Maître. Vous faites une erreur à la fois de diagnostic et d'interprétation. Il s'agit tout simplement d'une affection qu'on ren-

XI

contre très fréquemment chez les bonnes vaches laitières. Ce sont des *aphtes*. Cette pauvre fille bénéficie d'un diagnostic plus léger. »

Ce sera encore, dans un salon, — et le fait est fréquent — une jeune dame élégante, jolie, un peu naïve (on en trouve) qui contera ses petites misères : « J'ai croqué des noix. Depuis, je souffre de petits boutons dans la bouche. C'est simplement, je crois, la fièvre aphteuse ! »... et le mot fait fortune auprès des plaisantins de mauvais goût.

Le savant Ricord et l'innocente mondaine se trompaient tous deux.

L'aphte buccal chez l'homme n'a rien de commun avec celui des bovidés.

L'aphte banal — qui naît de causes variées — ne traduit pas, en symptôme majeur et dominant, la fièvre aphteuse qui ravage le bétail. Celle-ci trace sur les muqueuses des aphtes en festons, larges, sanieux, qui ont une physionomie spéciale.

Cependant, la fièvre aphteuse quittera parfois l'étable ou la prairie. Elle s'attaquera sournoisement à l'homme. On a trop volontiers mis des frontières entre la pathologie animale et la pathologie humaine.

Plus la pathologie générale progresse, plus on constate que l'art du médecin et celui du vétérinaire s'enchevêtrent et mutuellement se communiquent des données précieuses.

La Science fait tomber toutes les illusions. Elle nous rapproche chaque jour davantage des bêtes, car la maladie et la douleur ne respectent aucune hiérarchie zoologique.

Les lésions buccales qualifiées à tort et à travers d'aphtes nous fournissent un remarquable exemple de lésions mal connues, mal appréciées, qui revêtent parfois des allures louches et mystérieuses tant que les auteurs « ne mettent pas le nez à la fenêtre », comme le conseille Montaigne.

Ce n'est qu'au jour où l'on commence à s'apercevoir que l'animal présente des lésions analogues, que le jour se fait au ras de l'horizon scientifique.

C'est alors que petit à petit les ténèbres se dissipent.

On commence à voir plus clair.

Il convient alors de rejeter les conceptions fantaisistes, les étiologies absurdes, les hypothèses par trop gratuites.

Il convient de faire maison nette, et après avoir changé la façade, de renouveler tout l'ameublement.

L'aphte d'aujourd'hui n'est plus l'aphte d'hier.

La maladie aphteuse des bovidés s'ajoute aux classifications de la pathologie humaine. On la rencontrera d'autant plus facilement qu'on la recherchera plus volontiers.

Et maintenant, ô confrères, permettez à votre cadet, fier d'entrer dans la grande famille médicale, d'apporter comme jadis un artisan, un modeste ouvrier, sa pièce de maîtrise.

Je n'ai pas la prétention de séparer des termes pathologiques, d'individualiser une entité morbide, de créer de toutes pièces un chapitre pathologique agrémenté de conceptions plus ou moins autorisées.

Simplement, j'apporte une timide contribution à une longue série de travaux antérieurement parus, trop peu connus.

XIII

J'ai tenu, à mon tour, à montrer la parenté, les affinités qui existent entre la maladie aphteuse chez l'homme et celle des bovidés.

Nos rapports avec l'animal sont trop quotidiens pour qu'il n'y ait pas entre nous des inconvénients pathologiques.

La parasitologie y a trouvé de quoi vivre. La pathologie peut bien lui demander de quoi se rajeunir.

Nous voulons examiner les lésions aphteuses de façon impartiale.

Nous sommes allés sur place, lors des grandes épidémies en Bresse, en Bourgogne, pour considérer de plus près l'affection des bovidés.

Nous ferons la critique de la bibliographie parue sur le sujet et à l'aide des documents de nos aînés et de quelques faits récents que nous avons pu observer, nous tacherons d'ébaucher un chapitre de pathologie sur la fièvre aphteuse chez l'homme.

Nous ferons en sorte que chacun puisse trouver dans le tableau symptomatique les éléments d'un diagnostic ou la confirmation d'une impression personnelle.

Nous voulons faire œuvre pratique, ne pas nous embarrasser d'interminables déductions ou discussions, nous perdre dans les épais fourrés de chapitres extrêmement savants, qui seraient très certainement obscurs. Nous espérons que le praticien qui voudra bien parcourir ce travail trouvera, sans peine aucune et sans perte de temps, tous les bénéfices d'une causerie confraternelle. Ce sera un peu une conversation de confrère à confrère avec un échange d'idées dont la pratique courante peut bénéficier. Bien entendu nous étayons nos affirmations

XIV

et conclusions de données historiques, diagnostiques, épidémiologiques, voir même bactériologiques; nous ferons en sorte qu'elles soient suffisamment courtes pour être concises, pour être claires. Nous souhaitons que le lecteur ait l'impression très nette que nous n'avons pas tenu à lui faire la leçon et qu'il aura tout simplement conscience en fermant l'ouvrage que ces quelques pages lues lui apportent un résumé de notions peut-être déjà entrevues lui laissant présager du lendemain.

Cette thèse est plutôt une causerie, entre confrères, entre camarades.

G. H.

LIVRE PREMIER

Des Aphtes

Définition. — L'aphte, pris au sens étymologique du mot, veut dire brûlure. Il est constitué par « un élément éruptif, siégeant le plus souvent sur la muqueuse buccale ou sur la langue, constitué par une vésicule arrondie, de coloration jaunâtre, entouré d'une zone rouge, ayant un contenu jaunâtre et crémeux, s'ulcérant et donnant une ulcération plus profonde et plus rebelle que l'ulcération herpétique (1). »

Dans la définition précédente, les auteurs ont voulu donner au terme d'aphte un sens strictement anatomique et ne voir en lui qu'un élément éruptif à caractère spécial.

RILLIET et BARTHEZ (2) décrivent l'affection en quelques mots : c'est une « inflammation buccale, caracté-

(1) GRENET, *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, T. VII, p. 1058.

(2) RILLIET et BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*, 1853, T. I, p. 206.

sée par des vésicules auxquelles succèdent rapidement des ulcérations. »)

Etiologie. — Les aphtes surviennent à tout âge ; cependant on les observe avec plus de fréquence chez la femme et surtout chez l'enfant. C'est pour cette raison que WILLIAN et BATEMAN ont proposé une division en aphtes des enfants et aphtes des adultes.

Chez le nouveau-né il faut faire jouer un rôle important à la susceptibilité de la muqueuse buccale, fragilité qui d'ailleurs peut être aggravée par un mauvais état général. Ces aphtes, qui ont comme siège habituel le voile du palais reconnaissent pour cause immédiate la pression linguale pendant la succion (WEILL), le nettoyage de la bouche (BAUM), le biberon malpropre. Chez le nourrisson, ils sont ordinairement causés par la fermentation lactée et les troubles digestifs.

Dans la seconde enfance, les aphtes se montrent au cours des éruptions dentaires.

Chez l'adulte, les substances irritantes agissant sur la muqueuse buccale : aliments épicés, noix, tabac, etc... sont des causes auxquelles il faut adjoindre celles plus immédiates et plus fréquentes qui tiennent à la malpropreté de la bouche et à la présence de dents cariées.

Comme causes prédisposantes, on peut invoquer l'influence de la constipation (JACCOUD), l'eczéma, la menstruation, l'hérédité. A propos de cette dernière, BARTHEZ (1), cite le cas de deux sœurs chez lesquelles il constata à plusieurs reprises une éruption aphteuse.

La mère de ces deux malades était atteinte de la

(1) RILLIET et BARTHEZ, loc. cit.

même affection. CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN (1) publie dans sa thèse l'auto-observation d'un externe des hôpitaux qui présentait de continuelles poussées d'aphtes; le père et une des sœurs de ce jeune homme en avaient aussi.

A côté des stomatites de cause locale, à côté aussi des stomatites d'origine infectieuse nous réserverons une place, avec le professeur COLLET, aux stomatites d'ordre toxique qui relèvent de causes externes (mercure, plomb) ou d'origine interne (diabète, scorbut).

Certains pays; comme la Hollande (KETELAER), Haïti, les Indes occidentales (aphtes indiens de SCHONENBERG), paraissent plus prédisposés aux manifestations aphteuses.

Enfin l'aphte peut constituer « l'élément éruptif d'une maladie générale, la *fièvre aphteuse*, qui n'est autre que la coccie de l'espèce bovine... (2) » En raison de cette étiologie spéciale et de son importance clinique, nous décrirons d'abord l'aphte banal qui doit être franchement séparé de la stomatite aphteuse infectieuse, contagieuse, inoculable, épidémique et transmissible des animaux à l'homme.

Symptômes. — L'aphte peut se montrer associé à des troubles digestifs, mais ceux-ci sont ordinairement peu marqués. En tous cas, il n'existe aucune période prodromique au cours de l'évolution des aphtes simples.

Au point où l'aphte va se développer le malade perçoit une légère élévation, se traduisant à l'examen par une petite tache rougeâtre. Cette petite tumeur vésicu-

(1) CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN, *Thèse*, Paris 1910.

(2) WEILL, *Médecine infantile* 1911, T. I, p. 473.

leuse, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'abord transparente, devient opaque au bout d'un ou deux jours. En même temps qu'elle apparaît, elle s'entoure à la périphérie d'un léger bourrelet érythémateux à base indurée. Cette petite pustule s'accroît rapidement, tout en conservant sa forme ronde primitive. A l'intérieur, on distingue un exsudat blanchâtre qui se trouve comprimé et voilé par l'épithélium. « La déchirure ou mieux l'ulcération de l'aphte ne tarde pas à survenir et cette matière blanche ou puriforme est librement exsudée (1). »

On entre alors dans une deuxième période, appelée par plusieurs auteurs phase d'ulcération. La lésion se présente sous la forme d'un ulcère, régulièrement circulaire, à bords taillés à pics, mais peu profonds. Le fond est rapidement masqué par un exsudat grisâtre, épais, adhérent que l'on détache assez difficilement de la muqueuse sous-jacente rouge, congestionnée. C'est à ce stade, qu'il est le plus souvent donné d'examiner l'affection, car les vésicules sont si fugaces qu'elles n'attirent guère l'attention du malade.

A partir de ce moment, commence la période de cicatrisation. Au bout de deux ou trois jours, les bords de l'ulcération s'affaissent et finissent par se trouver au même niveau que les parties environnantes. L'ulcération se déterge rapidement, quelquefois du jour au lendemain, « sans laisser d'autre trace qu'une légère coloration rougeâtre de la muqueuse (2). »

Telle est la description classique de l'aphte banal. Il va sans dire qu'on peut observer plusieurs de ces élè-

(1) BILLARD, *Maladie des enfants* 1837, p. 232.

(2) GUERSANT, *Dictionnaire de médecine*, T. III.

ments, mais ils sont en général peu nombreux. On les rencontre le plus fréquemment à la face interne de la lèvre inférieure, dans le sillon gingivo-labial et sur les côtés de la langue.

A ces signes physiques, on peut ajouter comme troubles fonctionnels : une légère sensation de cuisson, un peu de sécheresse de la bouche suivie d'une légère salivation ; la déglutition et la mastication présentent un peu de difficulté. Il n'y a ni fièvre, ni engorgement ganglionnaire.

L'affection ne dépasse guère huit jours et n'offre d'inquiétude que chez le nourrisson dont la succion peut être pénible et qui de ce fait refuse le sein ou le biberon.

Le *diagnostic* est en général très simple à établir. On ne saurait confondre l'aphte avec le *muquet* qui n'est ni une éruption, ni une ulcération, mais se présente sous l'aspect de placards assez étendus. Les *aphtes de Bednar* que l'on observe chez le nouveau-né sont constitués par de petites saillies jaunâtres localisées à la voûte palatine, de chaque côté du raphé médian. Les *Kystes de Guyon et Thierry* (1) sont des kystes épidermoïdes siégeant sur le voile du palais ou sur le rebord alvéolaire supérieur ; ils sont, en général, au nombre de trois ou quatre, peuvent s'ulcérer, mais disparaissent toujours au huitième mois.

Enfin l'*herpès* siège le plus souvent sur les lèvres, est groupé en bouquet de petites vésicules au nombre de trois ou quatre. Il accompagne parfois un état fébrile. On retrouve encore de l'*herpès* sur les ailes du nez et les organes génitaux.

(1) GUYON et THIERRY, *Archives de Physiologie* 1839.

LIVRE II

La

Fièvre aphteuse chez l'animal

Avant de passer à l'étude de la fièvre aphteuse chez l'homme, il nous paraît logique de la décrire, tout au moins d'une manière succincte, chez l'animal. Nous insisterons davantage sur les symptômes qui présentent des traits communs avec ceux que l'on observe le plus couramment dans la pathologie humaine.

La fièvre aphteuse, appelée communément « cocotte », est « une maladie virulente, contagieuse, inoculable, caractérisée cliniquement par un état fébrile initial, suivi d'une éruption vésiculeuse en certains points des téguments (1). »

Les espèces animales qui en sont affectées sont le plus souvent les bovidés et les porcins. La maladie sévit également chez les moutons, les chèvres et quelques autres espèces herbivores. La transmission au chien et au chat reste encore douteuse parce qu'insuffisamment démontrée. Une première atteinte ne confère pas l'immu-

(1) NOCARD et LACLAINCHE, *Maladies microbiennes des animaux* 1898.

Lésions aphteuses chez l'animal

LÉSIONS BUCCALES



Planche 1

C. APHTES ULCÉRÉS

L. ULCÉRATION APTEUSE LINGUALE

Planche due à l'obligeance
de M. Aureggio, vétérinaire
principal. :: :: :: :: :: ::

nité. MÉDARD (1), a constaté que la fièvre aphteuse est susceptible de récidiver deux fois dans la même année chez le même animal.

Les épizooties de fièvre aphteuse sont considérées comme un véritable fléau non pas tant à cause de la mortalité qu'elles occasionnent (le chiffre est relativement faible en France), mais surtout par le préjudice pécuniaire qu'elles causent aux propriétaires de bestiaux (plusieurs dizaines de millions par an).

La marche de la cocotte semble suivre à peu près un trajet régulier ; elle nous arrive d'Extrême-Orient avec une virulence exaltée, entraînant une mortalité élevée (70 0/0 en Russie, d'après MARI). A mesure que la maladie gagne notre direction elle paraît s'atténuer ; cependant elle offre encore en Allemagne un certain caractère de gravité. En Suisse, depuis 1875, il semble exister un foyer permanent de fièvre aphteuse. L'épizootie qui dure depuis un an dans les départements du Jura et de l'Ain reconnaît comme origine l'introduction en France de bétail infecté passé en fraude par des contrebandiers de la région genevoise. Enfin, il est à signaler que parfois la cocotte procède dans son apparition de façon presque énigmatique ; c'est ainsi qu'on peut la constater dans une étable isolée de tout centre épizootique, sans que l'enquête la plus minutieuse puisse fournir une explication plausible quant à la source de l'infection.

Modes de la contagion. — Celle-ci s'opère d'un animal à l'autre avec une extrême facilité. En général, tou-

(1) BOULAY, *Recueil de Méd. vétér.* 1872, p. 572.

tes les bêtes d'une étable infectée sont atteintes par la maladie.

La contagion se fait de la manière suivante : les animaux malades laissent écouler sur la litière et les aliments une bave abondante dont la virulence s'explique par la localisation buccale des aphtes ulcérés. Les voisins s'inoculent à leur tour, soit au niveau de la bouche par la préhension des fourrages souillés, soit au niveau des pieds et des mamelles par les multiples érosions que peuvent provoquer les menus brins de paille dans ces régions. Il faut aussi faire jouer un rôle dans certaines modalités de la contagion aux personnes qui peuvent transporter à distance le virus aphteux (fumier d'étable infectée adhérent aux semelles de chaussures, par exemple).

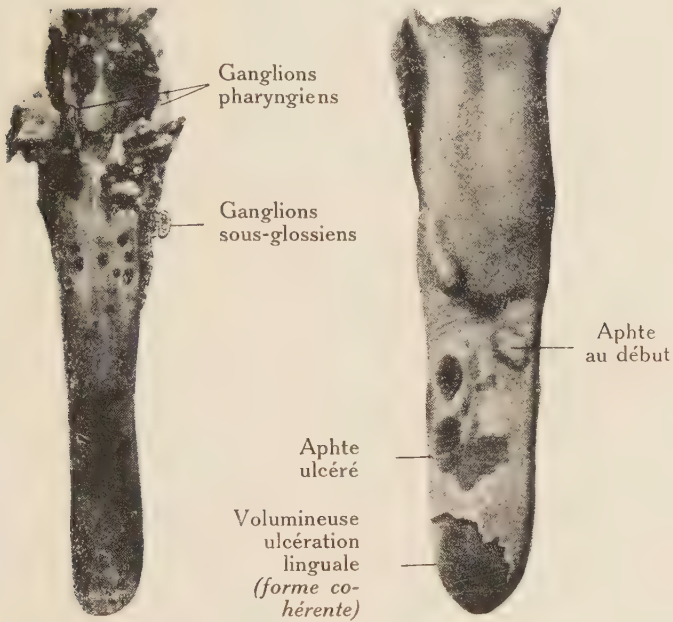
SYMPTOMES

On observe ordinairement deux formes cliniques : 1° une forme bénigne, c'est la forme habituelle ; 2° une forme grave, beaucoup moins fréquente, surtout en France, et qui revêt parfois une allure septicémique.

1° *Forme bénigne.* — L'invasion est annoncée par de la fièvre, la température atteint 40°, l'animal est triste, il refuse sa nourriture ; la bouche est sèche et cet état se traduit par des claquements labiaux à timbre particulier que les vétérinaires considèrent comme un signe pathognomonique de la période prodromique. En même temps,

Lésions aphteuses chez l'animal

LÉSIONS DE LA LANGUE



LÉSIONS DES ONGLONS & DE LA MAMELLE



- A) Aphte à son début.
- B) Aphte à son complet développement (Vésicules intactes).
- C) Aphtes ulcérés. (Vésicules rompues).
- D) Aphte en voie de guérison dont la surface est couverte d'une croûte.

Planche due à l'obligeance
de M. Aureggio, vétérinaire
principal. :: :: :: :: :: :: ::

la rumination devient lente et la sécrétion lactée, chez les vaches laitières, diminue d'un tiers ou de la moitié.

Peu après, parfois le lendemain, l'animal entre dans la période d'état. Les aphtes apparaissent aux trois points d'élection suivants : la cavité buccale, la mamelle, l'espace interdigité (1) ; plus rarement on en trouve à la vulve et à l'anus.

Localisation buccale. — A la rougeur et à la sécheresse de la muqueuse buccale succède une sialorrhée très marquée, l'animal bave presque constamment. La mastication devient difficile en raison des douleurs que provoquent les aliments au contact des vésicules. La localisation des aphtes n'offre aucun caractère régulier et leur nombre est très variable. Les aphtes peuvent encore se rencontrer sur les naseaux, les paupières, la conjonctive ; ils sont constitués par de petites vésicules augmentant rapidement de volume et pouvant atteindre les dimensions d'une pièce de deux francs ; leur forme est généralement circulaire, à bords irréguliers. Leur contenu séreux, d'abord clair, ne tarde pas à prendre une teinte louche. La muqueuse qui borde les aphtes présente un aspect érythémateux. L'évolution vers la phase ulcéreuse est des plus rapides, l'aphte ramolli s'ouvre spontanément soit du fait de la pression du liquide contenu dans son intérieur, soit encore pendant la mastication.

L'ulcération offre une coloration rougeâtre, hémorragique ; d'ailleurs la salive de l'animal est très fréquem-

(1) D'où les dénominations anglaise et allemande : foot and mouth disease et maul und Klauenseuche.

ment colorée par le sang qui s'écoule des aphtes. La cicatrisation est de même très rapide. La muqueuse prend une teinte grisâtre par suite de l'enduit pultacé qui la recouvre. Enfin, l'état général s'améliore et la sécrétion lactée redevient normale.

Cette forme buccale bénigne dure une dizaine de jours environ.

Localisation digitée. — Les aphtes se montrent sur un ou plusieurs membres au niveau de l'espace interdigité. Cette localisation est plus fréquente et surtout plus tenace chez les animaux qui reposent sur un sol humide. C'est surtout chez les porcs qu'on observe cette forme. Ces animaux reposent à grand peine sur leurs membres inférieurs et, lorsqu'ils se meuvent, il n'est pas rare de les voir prendre un point d'appui sur leurs pattes complètement repliées.

L'évolution des aphtes digités est la même que celle des aphtes buccaux, cependant les vésicules sont plus petites, leur bord est festonné et leur contour purulent, ce qui s'explique facilement en raison des inoculations septiques secondaires.

Les onglons peuvent se détacher et la partie inférieure du pied de l'animal n'est plus qu'une vaste plaie ulcérée; on peut alors observer des suppurations à distance (abcès, arthrites, etc.).

Localisation mammaire. — Cette forme se rencontre presque toujours chez la vache laitière; la peau des trayons présente une inflammation manifeste et les aphtes apparaissent bientôt. Les vésicules sont bordées

d'une auréole rosée, sans bourrelet périphérique induré comme on le voit dans les aphtes buccaux. Les aphtes s'ouvrent facilement lors de la mulsion; leur cicatrisation est des plus rapides. Il faut cependant noter comme complication fréquente une mammite consécutive à l'inoculation streptococcique ou staphylococcique au niveau des ulcérations. Les agents pathogènes trouvent dans la réplétion lactée de la mamelle une condition favorable à leur développement.

Ces trois localisations: buccale, digitée et mammaire peuvent évoluer en même temps chez le même animal. La durée totale de la maladie dans sa forme bénigne ne dépasse guère quinze jours. La mortalité est faible et varie de 2 à 5 pour 100 d'après NOCARD et LECLAINCHE.

2° *Formes graves.* — Ces formes reconnaissent comme causes soit une localisation sur les muqueuses digestive et respiratoire profondes, soit une virulence particulière de l'épizootie.

La localisation sur les *voies digestives* porte sur la muqueuse de la caillette. Une température très élevée, une diarrhée intense et du météorisme caractérisent cette forme qui se rencontre fréquemment chez le jeune animal.

La *localisation pulmonaire* se traduit par des phénomènes asphyxiques et une cachexie très rapide.

Enfin, on a décrit comme forme particulièrement grave, une *forme apoplectique* où l'animal est enlevé en quelques heures, bien avant que les aphtes aient eu le temps d'apparaître.

PROPHYLAXIE

Quoique ce sujet puisse paraître un peu en dehors du cadre de notre étude, il n'en est pas moins vrai que la prophylaxie de la fièvre aphteuse chez l'animal nous intéresse au même titre que la prophylaxie humaine, puisque l'efficacité de la seconde est en raison directe de la première.

Nous avons vu què, le plus souvent, l'animal paraissait s'inoculer au niveau des régions glabres ou mal protégées qui prennent contact avec le sol (fourrage; litière, fumier). On a donc à juste titre préconisé la désinfection systématique des fumiers, précaution d'ailleurs officiellement recommandée aux éleveurs dont les troupeaux sont atteints de fièvre aphteuse; mais c'est là une opération assez difficile à effectuer. Elle consiste ordinairement en arrosages ou pulvérisations antiseptiques les plus divers (grésyl, eau-de-chaux, sulfate de cuivre, etc...). Le Conseil d'hygiène recommande aussi de ne jamais épandre ces fumiers dangereux, mais de les brûler à la ferme pour éviter qu'ils puissent propager au loin les germes dont ils sont infectés.

Comme une des plus récentes en date, et comme paraissant cadrer le mieux avec les données bactériologiques, si précaires soient-elles, nous tenons à citer le résultat d'expériences instituées à ce propos par LOEFFLER (1), à Berlin. Cet auteur a établi de façon certaine

(1) LÖEFFLER, cité par *l'Illustration*, 2 août 1913.

que l'agent pathogène de la fièvre aphteuse, ne résistant pas à une température de 50°, et d'autre part, le fumier mis en tas et abandonné à la fermentation, atteignant très vite une température de 70°, il suffit d'amasser les litières des bêtes aphteuses, de les presser, de les recouvrir d'une couche de terre de cinquante centimètres d'épaisseur, puis de les laisser en repos pendant cinq ou six jours pour leur conférer une véritable stérilisation.

Quant aux mesures dépendant de la législation sanitaire, on peut dire qu'elles seraient excellentes si elles étaient non pas applicables, mais appliquées. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet dans nos considérations personnelles. Quoi qu'il en soit, dès qu'un cas de fièvre aphteuse est signalé dans une région, celle-ci devient l'objet de mesures spéciales (1). Le territoire est déclaré infecté et se divise en deux zones : la première dite *zone d'interdiction*, correspond au centre même du foyer épizootique, la seconde, *zone d'observation*, comprend une partie du territoire environnant. La déclaration d'infection ne peut être levée que lorsqu'il s'est écoulé un délai de quinze jours depuis la guérison du dernier animal et après l'exécution des prescriptions relatives à la désinfection.

Les dispositions appliquées dans le périmètre déclaré interdit, comprennent surtout, la séquestration des animaux des espèces bovine, ovine, caprine et porcine, l'interdiction des foires et marchés, de la vente des animaux malades, de la vente du lait en provenant. Les laitiers, bouchers, marchands de bestiaux ne doivent pas

(1) Article 33 de la loi du 21 juin 1898 et articles 61, 62, 63 du décret du 6 octobre 1904.

pénétrer dans les exploitations renfermant des animaux.
aphteux. Enfin, désinfection des fumiers et des étables.

Les dispositions appliquées à la seconde zone, dite
d'observation n'ont trait qu'à la circulation des bestiaux.

LIVRE III

La

Fièvre aphteuse chez l'homme

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Nous avons dit que l'aphte était considéré le plus souvent comme constituant à lui seul une affection discrète, à caractère bénin, évoluant rapidement sans troubles généraux ; mais nous avons eu soin d'ajouter qu'on pouvait rencontrer l'aphte au cours d'une maladie grave, à allure franchement infectieuse et qui n'était autre que la fièvre aphteuse des animaux transmise à l'homme.

En résumé, dans cette classification un peu brève, basée à dessein sur des considérations d'ordre étiologique nous avons admis qu'il y avait une stomatite aphteuse discrète (1) et une fièvre aphteuse. Ce serait une erreur de croire que cette conception des aphtes ayant trait à

(1) POMMERET, *Thèse*, Paris 1902.

leurs diverses modalités cliniques, puisse remonter à une époque lointaine.

HIPPOCRATE, GALIEN, CELSE nous parlent bien des aphtes, mais ils prennent le mot dans toute son acception étymologique en désignant ainsi toute affection de la bouche se traduisant par une sensation de vive cuisson. Dans ce grand cadre symptomatique, ils comprennent toutes les stomatites, voire même les angines.

Au XVI^e siècle, ARETÉE, SYLVIVS, MERCURALIS entendent par aphtes, une éruption papuleuse ou vésiculeuse de la muqueuse digestive, pouvant donner lieu consécutivement à des ulcérations simples ou gangréneuses, mais qui le plus souvent se terminent par desquamation.

BOERHAAVE et VAN SWIETEN sont les premiers à en faire une maladie particulière; ils la décrivent sous une forme cyclique, épidémique, accompagnée d'accidents fébriles; les ulcérations buccales représentent une simple détermination morbide. Malheureusement BOERHAAVE confond sous le même titre la stomatite ulcéro-membraneuse et le noma.

« Les peuples septentrionaux qui habitent les endroits marécageux sont fort sujets aux aphtes, surtout dans les temps chauds et pluvieux, et il n'y a guère d'enfants ou de grandes personnes qui n'en soient atteints; mais il est rare d'en voir dans les pays où il fait ordinairement beau et sec (1). »

L'auteur décrit ensuite deux formes de la maladie: l'aphte banal et l'aphte infectieux, sans pouvoir toutefois les différencier au point de vue étiologique.

(1) JAMES, *Dictionnaire univ. de méd.* 1746.

A la même époque WILLIAN et BATEMAN séparent les aphtes des autres stomatites, mais ils les confondent avec le muguet.

En 1765, MICHEL SAGAR (1), médecin du cercle d'Iglau, en Moravie, observe une épidémie de gingivostomatite aphteuse dans un couvent de religieux qui consommaient du lait de vaches atteintes de la cocotte. Il émet l'hypothèse d'une origine bovine; le lait est le seul agent de transmission de la maladie. « Les animaux et les personnes qui en prennent, auront à leur tour des aphtes présentant les caractères que nous avons décrits... »

« J'en ai soigné plusieurs qui en avaient été affectés, après avoir bu du lait non bouilli; elles se plaignaient surtout de chaleur et d'une sécheresse de la gorge, plus accusée vers le soir, d'une difficulté plus considérable pour la déglutition des solides et des liquides. »

En réalité, la possibilité de l'infection, aurait été rappodté par ADAMI dès 1695 (2) et par STEURLIN de Franconie (1707). Quoi qu'il en soit, l'ouvrage de SAGAR tombe dans l'oubli. Ce n'est qu'en 1843 que trois vétérinaires allemands HERTWIG, MANN et VILLAIN remettent la question à l'ordre du jour. A cette époque, une épizootie aphteuse sévissait en Allemagne; les rapports officiels des vétérinaires WENDENBOURG, d'Alberstadt, TILGNER, de Mühlberg et LENHARD, de Plane signalaient des cas de contagion chez des gens faisant usage de lait provenant de bêtes aphteuses (3).

(1) SAGAR, *Libellus de aphtis pecorinis*.

(2) Cité par RIEVEL, *Handb. der Milch*. 1907.

(3) HERTWIG, Uebertragung tierischer Ansteckungstoffe auf Menschen, *Berl. médi. Zeit.* 1834.

Naturellement, les avis étaient partagés et le doute aurait certainement subsisté pendant longtemps encore, si HERTWIG, MANN et VILLAIN n'avaient décidés de tenter sur eux-mêmes la transmission expérimentale de la fièvre aphteuse, en ingérant pendant quatre jours consécutifs du lait fraîchement trait à des vaches malades. Ils contractèrent tous trois la maladie.

Un an plus tard, en 1835, JACOB, vétérinaire militaire voulant contrôler les expériences de ses trois collègues allemands présenta de la fièvre et des aphtes buccaux.

En 1838, sévit en France une épizootie aphteuse. RAYER (1) après avoir étudié la symptomatologie de l'affection chez les animaux, reprend la question de la transmissibilité à l'homme. « Depuis que la maladie règne à Paris sur les vaches, on n'a pas signalé de cas qui prouvent la possibilité de sa transmission à l'homme. Pour moi, j'ai vainement cherché à vérifier l'observation de SAGAR. Je n'ai pas observé un seul cas de transmission par l'usage du lait; j'ai bien vu un plus grand nombre d'angines tonsillaires, avec ou sans stomatite, qu'à d'autres époques de l'année, chez les personnes qui faisaient usage du lait; mais comme la plupart n'en avaient usé qu'après l'avoir fait bouillir, ou mélangé à du thé ou du café, ou avec d'autres substances alimentaires, il me paraît impossible de supposer que le lait ait pu avoir quelque influence sur le développement de ces angines. » Et il termine: « Si la possibilité de la transmission à l'homme par l'usage du lait des vaches affectées semble résulter des observations de SAGAR, de BERBIER et de quelques expériences d'HERTWIG, c'est

(1) RAYER, *Bulletin de méd. vétér.* 1838-39.

cependant encore un objet de doutes. » — RAYER conclut de façon identique, à la fin de son étude sur la fièvre aphteuse publiée cinq ans plus tard dans les *Archives de Médecine comparée* (1).

La fièvre aphteuse « sévissait encore en 1839, quand le Conseil de salubrité du département de la Seine fut invité, par le préfet de police, à l'éclairer sur la question de savoir si le lait des vaches atteintes de cette maladie, pouvait être nuisible à l'homme et s'il y avait lieu d'en interdire la vente (2). » Le Conseil, déclara dans sa réponse que depuis le début de l'épizootie, le lait était consommé journellement « sans que l'attention eut été appelée par quelque dérangement dans la santé publique (3) », et à l'appui de cette assertion ajoutait que pendant les années 1810, 1811, 1834, 1835, tandis que la fièvre aphteuse régnait à Paris, aucune précaution n'avait été prise pour empêcher la vente du lait; celui-ci avait été journellement consommé, sans que la contagion s'observât chez l'homme. D'ailleurs, il en avait été de même dans les provinces où sévissait l'épizootie où nul cas n'avait été signalé. Le Conseil concluait à l'inocuité du lait de vaches atteintes de fièvre aphteuse et par conséquent à l'autorisation de sa vente et de sa consommation.

Ajoutons qu'à cette époque la « cocotte » n'était pas encore considérée comme une entité morbide propre. Certains auteurs (DEPAUL) la confondaient avec le cow-

(1) RAYER, sur l'épizootie qui a régné à Paris dans les derniers mois de 1838 et pendant le premier semestre de 1839. *Archives de médecine comparée* 1843.

(2) CADIOT, *Recueil de médecine vétérinaire*, 15 mai 1913.

(3) REYNAL, *Traité de police sanitaire*, p. 492.

pox et le horse-pox. « La maladie aphteuse, observée sur divers animaux, n'est autre que la variole (1). » Mais REYNAL établissait d'après une expérience faite à Alfort, en collaboration avec BOULEY, que « l'inoculation du horse-pox à des vaches guéries de la fièvre aphteuse provoque des pustules de cow-pox semblables à celles qui se développent à la suite de la même opération pratiquée sur les bêtes n'ayant pas subi l'atteinte de la fièvre aphteuse (2). » A ce propos, disons qu'en 1907 le professeur VALLÉE, d'Alfort, a vu la « cocotte » évoluer comme à l'ordinaire chez des vaches que l'on avait inoculées préalablement de cow-pox ou de horse-pox.

Cependant le docteur BARTOLI (de Veroli) avait, en 1852, signalé la coexistence d'une épidémie de stomatite aphteuse et d'une épizootie de fièvre aphteuse, dans une même région.

En 1872, BIRCHER (3) contracte la maladie quelques jours après avoir absorbé du lait provenant d'une chèvre atteinte de fièvre aphteuse.

Au cours de la même année, en juin, ANTHOINE (4) observa l'affection chez trois personnes que se nourrissaient exclusivement de laitage.

Le 1^{er} octobre 1872, BOULEY (5) affirme nettement la contagion à l'homme; il communique à l'Académie de médecine de nouveaux cas de transmission acciden-

(1) DEPAUL, Discussion sur l'origine de la vaccine. *Bulletin de méd. vétér.* 1863-1864.

(2) REYNAL, *Ibidem*, p. 330.

(3) BIRCHER, cité par PROUST, *Revue d'hygiène* 1888.

(4) Cité par BOYÉ et PANISSET, *Gazette des hôpitaux*, 25 juillet 1908.

(5) BOULEY, Sur l'épizootie de fièvre aphteuse qui règne actuellement en France et toute l'Europe. *Recueil de méd. vétér.* 1892.

telle de fièvre aphteuse. Il signale notamment la malignité de l'épizootie européenne et la mortalité considérable qu'elle entraîne chez les jeunes animaux, susceptibles de contracter la maladie, soit en tétant leurs mères, soit qu'on les nourrisse artificiellement avec du lait non stérilisé. Pour la même raison, il attire l'attention du corps médical sur les dangers auxquels seraient exposés les enfants qui consommeraient ce lait. « Point de doute sur les propriétés contagieuses inhérentes au lait, et sur la possibilité de la transmission à l'homme, par son intermédiaire, d'une maladie fébrile se caractérisant par l'éruption dans la bouche de vésicules aphteuses. Mais, chez l'homme, cette maladie jusqu'à présent tout au moins, a toujours été reconnue bénigne. En serait-il de même pour les nourrissons? Ce ne serait pas une expérience à faire, si l'on en juge par l'influence toxique que le lait des vaches malades exerce sur l'organisme des veaux.

« Cette influence est tellement énergique, que ces jeunes animaux sont tués d'emblée, pour ainsi dire avant que la maladie ait eu le temps d'évoluer... Il y a donc à se méfier de l'usage du lait provenant de vaches malades, surtout pour les nourrissons et même les adultes, lorsque ce lait n'a pas subi une coction préalable. »

Jusqu'à présent, le seul mode de contagion observé était l'ingestion de lait aphteux. VISEUR (1) vétérinaire d'Arras, publie, l'un des premiers, un cas de transmission due à l'*inoculation directe*: c'est l'observation d'un vacher qui s'était inoculé la fièvre aphteuse au niveau du

(1) VISEUR, Nouveau fait de contagion de la fièvre aphteuse à l'homme. *Recueil de méd. vétér.* 1872.

visage; il portait à ce niveau un bouton qu'il s'était gratté avec la main, alors qu'il trayait une vache dont les mamelles présentaient une éruption aphteuse typique; il fut malade pendant environ une semaine et une éruption vésiculaire se développa sur la peau de cet homme. VISEUR ajoute que d'autres faits semblables lui ont été communiqués par le docteur MAGNEZ (d'Ervilliers). « Souvent celui-ci dans les localités infectées, n'a plus à porter le diagnostic, les personnes pour lesquelles il est appelé le prévenant elles-mêmes *qu'elles ont la maladie des vaches* (1). »

Et c'est toujours à la même date, durant cette épizootie de 1872, que de nouveaux faits de contagion sont observés. BOULAY (2) (d'Avesnes), vétérinaire sanitaire, signale celui d'un garçon de ferme, qui s'infecta par une excoriation qu'il présentait au niveau de la main, alors qu'il soignait des bêtes aphteuses. En 1876, il déclarait que « le nombre des personnes qui ont été contaminées dans cet arrondissement, représente un chiffre très élevé, et, de l'avis de tous les médecins de la région, il ne peut y avoir l'ombre d'un doute à l'égard de la contagion. »

HULIN, docteur à Louvain (3), voit l'affection débiter au niveau du pied chez un enfant de Vieux-Hervelé et rapporte plusieurs cas semblables qu'il a observés dans cette région où sévissait une épizootie aphteuse.

COLLIN (4), vétérinaire à Vassy, relate, en 1876, sa

(1) HILDEBRANDT, *Magasin für Tierheilkunde*, aurait en 1840 observé des malades infectés par inoculation directe.

(2) BOULEY, *Recueil vétérinaire*, déc. 1873.

(3) HULIN, cité par BOULEY. *Recueil de méd. vétér.* 1873.

(4) COLLIN, *Ibid.* 1876, p. 771.

propre observation; chargé d'examiner du bétail atteint de fièvre aphteuse il porta à sa bouche une de ses mains souillées de bave virulente.

En 1880, HEU (1), vétérinaire à Chaumont-en-Vexin, signale l'affection chez un marchand de porcs; ce dernier s'infecta par une blessure du petit doigt gauche, en dépeçant un veau mort de la cocotte.

En 1881, MATHIEU, de Saint-Rémy (Haute-Marne) (2), constata une stomatite vésiculo-ulcéreuse chez un marchand de bestiaux, qui avait porté sa main souillée au contact de sa muqueuse buccale.

Pusi, ce sont DELEST (3), DEMME (4), qui publient de nouvelles observations de contamination par le lait. ESSER (5), en 1883, cite le cas d'un vétérinaire, qui, examinant des animaux atteints de fièvre aphteuse, s'essuie les mains avec son mouchoir. Après avoir porté ce mouchoir à sa bouche, il présenta, trois jours après une réaction fébrile intense suivie bientôt d'une éclosion d'aphtes dans la bouche ainsi qu'aux lèvres et aux narines.

On retrouve encore des observations semblables dans la littérature étrangère. OHE (6), BURHMANN (7), MEHRDORF (8), rapportent des cas de contagion par le lait cru chez les enfants.

(1) HEU, Contagion de la fièvre aphteuse à l'espèce humaine. *Bulletin de la Soc. de méd. vétér.* 1880, p. 360.

(2) MATHIEU, Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme. *Recueil de méd. vétér.* 1881, p. 20.

(3) DELEST, *Thèse*, Paris 1881.

(4) DEMME, *Wien. méd. Blat.* 1883.

(5) ESSER, cité par PROUST.

(6) OHE, *Archiv. f. Wissensch. und praht. Thierheilkunde* 1885

(7) BURHMANN, *Ibid.*

(8) MEHRDORF, *Ibid.*

En 1887, DAVID (1), directeur de l'Ecole dentaire de Paris, publie un intéressant article, dans lequel il résume, en un tableau statistique, vingt-sept observations ayant trait à la transmission de la fièvre aphteuse à l'homme.

En 1888, PROUST (2), dans une leçon faite à la Faculté de médecine, déclare que la fièvre aphteuse humaine est de même nature que l'affection des bovidés et que « c'est à l'ingestion du lait des animaux malades que succède le plus habituellement cette maladie. »

La même année, FRANKEL rapporte quatre observations de transmission par le lait.

WEISSENBERG (3), communique à la Société de médecine berlinoise l'observation de son fils; il régnait au même moment une épizootie aphteuse sur les vaches qui fournissaient le lait à Berlin.

En France, OLLIVIER (4) observe vers la fin de 1890, un grand nombre d'enfants atteints de stomatite aphteuse; il fait une enquête de laquelle il résulte qu'un bon nombre de ces malades venaient des quartiers où la fièvre aphteuse sévissait sur les bêtes à cornes. C'est également CHAUVEAU (5) qui rapporte l'histoire d'une épidémie aphteuse survenue dans un pensionnat de Lyon.

(1) DAVID, La stomatite aphteuse et son origine. *Archives générales de médecine* 1887.

(2) PROUST, loc. cit.

(3) WEISSENBERG, *Berli. Klin. Wochens* 1890.

(4) OLLIVIER, Rapport lu au Conseil d'hygiène et de salubrité du département. Séance du 2 oct. 1891. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1892.

(5) CHAUVEAU, Communication au Congrès international d'hygiène de Londres 1890.

HARTENSTEIN (1) cite le cas d'un enfant de trois ans, infecté par du lait virulent et chez lequel l'éruption aphteuse couvrait toute la face. — FROHNER (2) parle d'un jeune garçon qui aurait contracté la fièvre aphteuse en consommant du beurre virulent; en outre, des aphtes buccaux, ce malade présentait des vésicules aphteuses sur l'oreille droite.

A la Société de médecine interne de Berlin, dans sa séance du 29 mai 1893, BOAS (3) fait une communication au sujet de la transmission de la cocotte à l'homme. Au cours de la discussion, LEWIN, LITTEN, SKAMPER et SIEGEL partagent nettement l'opinion de BOAS,

SCHEYER (4), WEIGEL (5) en 1894, BLIGH (6) en 1895, GLAISTER (7) en 1896 publient de nouvelles observations.

PÈTRE (8) rassemble plusieurs cas, au cours de l'épizootie aphteuse qui sévit dans le département des Basses-Pyrénées du mois de novembre 1893 au mois d'avril 1894.

SCHAFER (9) observe un berger qui contracte la maladie aphteuse en traitant des moutons qui présentaient de graves lésions au niveau des pieds; il y eut une érup-

(1) HARTENSTEIN, *Bericht über d. Veterinarwesen im Sachsen*, 1890.

(2) FROHNER, *Zeitschr. f. Fleisch und Milchhygiene*, 1891-92.

(3) BOAS, Communication à la Société de Méd. int. de Berlin, in *Semaine médicale* 1893, p. 285.

(4) SCHEYER, *Dermat. Zeitschrift*, 1895.

(5) WEIGEL, *Bericht über d. Veterinarwesen im Sachsen*, 1894.

(6) BLIGH, *The Lancet*, 1895, vol. II, p. 1355.

(7) GLAISTER, *Ibid.* 1896, vol. II, p. 872.

(8) PÈTRE, *Thèse*, Paris 1894.

(9) SCHAFER, *Archiv. f. wissenschaft. und prakt. Thierheilkunde*, 1894, p. 331.

tion vésiculeuse aux membres supérieurs et entre les doigts.

En 1895, MONCORVO (1) (de Rio-de-Janeiro) rapporte des cas de transmission aux enfants de la région de Campanha (Minas).

CHAUMIER (2) fait en 1896 une communication au sujet de la fièvre aphteuse; il n'admet pas la contagion par le lait, mais par contact seulement. « En 1886, j'ai déjà prouvé la nature contagieuse et épidémique des aphtes. Depuis lors j'ai obtenu 107 cas qui se sont montrés par groupes. Dans 21 familles, j'ai vu plusieurs personnes malades à la fois ou à la suite les unes des autres. Sur ces 21 familles, 13 ont eu 2 malades, 7 en ont eu 3, 1 en a eu 4. La contagion et l'épidémicité résultent de ces faits. Les aphtes sont inoculables: un enfant inoculé au bras a eu des vésicules au point d'inoculation, des aphtes dans la bouche et de petites vésicules sur la peau des lèvres. Ces lésions sont une diminution de l'éruption cutanée des animaux atteints de fièvre aphteuse. Elles tendent à prouver l'identité des deux maladies, identité prouvée également par la récurrence dans les deux cas, la longue conservation des germes dans les écuries comme dans les habitations, le peu de durée de l'immunité produite par une première atteinte.

« Les aphtes ne sont pas une maladie purement locale. La fièvre aphteuse est contagieuse de la vache à l'homme, mais les aphtes humaines ne proviennent pas du lait de vaches atteintes de la fièvre aphteuse. »

(1) In BOYÉ et PANISSET, loc. cit.

(2) CHAUMIER, Troisième congrès de médecine interne de Nancy, du 6 août 1896.

EDELMANN (1) rapporte un cas de contagion par objet souillé: celui d'un garçon boucher qui s'infecte au cours de son travail à l'abattoir en dépeçant des bêtes aphteuses; il avait fumé un cigare et c'est par l'intermédiaire de celui-ci que le virus aurait été déposé sur les lèvres.

En 1897, BUSSENIUS et SIEGEL (2) arrivent en compulsant la bibliographie, à relever plus de 1.500 cas de contagion de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme. L'analyse du mode de contagion montre que dans 54 p. 100 des cas, la maladie a été transmise par le lait et dans 38 p. 100 par contact direct ou indirect.

La thèse de CROZAT (3), l'observation de VIALLE (4), celles de LANDEL (5) où l'auteur relate un décès sont autant de faits nouveaux.

BONTANT (6) relate deux observations, concernant l'une un enfant de 14 mois, l'autre un homme de 65 ans; ces deux malades furent contagionés par du lait de bêtes aphteuses.

Comme pour le cas rapporté par FROHNER, THIELE (7) soigne un soldat qui avait absorbé du beurre virulent.

En 1901 KRAJEWSKI (8) publie un article très intéressant. Sur 10 cas de contagion, 5 ont trait à des vachers

(1) EDELMANN, *Bericht über d. Veterinarwesen im Sachsen*, 1896.

(2) BUSSENIUS et SIEGEL, *Deutsche méd. Wochenschr.*, 1897.

(3) CROZAT, *Thèse*, Montpellier 1899.

(4) VIALLE, *Thèse*, Toulouse 1900.

(5) LANDEL, *Journal de Lucas-Championnière* 1900.

(6) BONTANT, *Thèse*, Paris 1901.

(7) THIELE, *Deutsche militärarzgl. Zeischr.* 1900.

(8) KRAJEWSKI, *Przegląd Weterynarski* 1901.

qui se contaminèrent en pansant ou en trayant des vaches aphteuses et 5 autres sont dus à la consommation de lait cru. La durée de la maladie fut de trois à quatre semaines. L'auteur transmet la cocotte à des veaux en leur donnant à boire du lait suspect ; il en ingéra et contracta la même affection.

JOSIAS (1) signale à l'Académie de médecine un cas de fièvre aphteuse chez un enfant de treize ans. Il demande à l'assemblée que des règlements sanitaires n'autorisent la vente du lait produit par les vacheries où sévit la fièvre aphteuse qu'après ébullition ou pasteurisation à 85°. Ce vœu est d'ailleurs adopté.

POMMERET (2) s'applique à différencier la stomatite aphteuse « discrète » de la fièvre aphteuse. Il apporte dans son ouvrage, inspiré par MOIZARD, une observation avec accidents cérébraux graves.

Ce sont ensuite les articies d'ARTHAUD (3) dans lesquels l'auteur décrit une infinité de variétés cliniques : forme hémorragique, typhique, forme de rougeole, de scarlatine, de purpura, de méningite cérébro-spinale.

ROCHÉ (4) admet bien la transmission de la fièvre aphteuse, mais il s'élève contre les exagérations d'ARTHAUD. Il croit que l'affection est excessivement rare, quoique certaine, et pense que les cas authentiques se réduisent à une quinzaine d'observations.

En 1910, CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN (5) reprend et

(1) JOSIAS, *Bulletin de l'Académie de médecine* 1902, séance du 27 mai, p. 634.

(2) POMMERET, *Thèse*, Paris 1902.

(3) ARTHAUD, *Progrès médical*, 23 février 1901, 28 juin 1902, 31 décembre 1904.

(4) ROCHÉ, *Ibid.* 15 novembre 1902, 31 décembre 1904.

(5) CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN, *Thèse*, Paris 1910.

développe les conclusions de POMMERET dans une thèse très documentée.

En 1911, le docteur LEVY (1), de Gacé (Orne) aurait constaté dans sa clientèle, une centaine de cas. Pour lui, la fièvre aphteuse serait une affection grave, à symptomatologie parfois variable, mal connue d'un bon nombre de praticiens. Les aphtes se retrouvaient en un point quelconque des muqueuses (digestive, respiratoire, etc...) entraînant ainsi, dans leurs diverses localisations, des modalités cliniques différentes. Les symptômes prédominants seraient constitués par de la diarrhée, des hémorragies diverses (épistaxis, hématurie, etc...). L'auteur pense que la fièvre aphteuse est une des principales causes de mortalité infantile pendant l'été.

Enfin tout récemment, dans une communication faite à l'Académie de médecine, le professeur CADIOT (2), d'Alfort, concluait nettement à la transmission de la maladie aphteuse des animaux à l'homme.

En résumé, *contamination par le lait, contact et inoculation directs* sont les deux modes de transmissibilité de la fièvre aphteuse actuellement connus.

En ce qui concerne la contamination par le lait, nous ajouterons que ce dernier n'est pas virulent par lui-même. En effet, s'il est recueilli purement ou pris directement dans la mamelle, il peut être impunément absorbé par les veaux, sans que ceux-ci prennent la fièvre aphteuse. Mais ordinairement, le lait est toujours

(1) LÉVY, *Presse médicale*, 28 octobre 1911.

(2) CADIOT, Communication à l'Académie de médecine, 13 mai 1913. *Recueil de méd. vétér.*, 15 mai et 15 juin 1913.

souillé par les matières virulentes, soit qu'on le recueille dans un récipient malpropre ayant traîné dans l'étable contaminée (et c'est chose fréquente dans les campagnes), soit surtout parce que les mains du trayeur, lors de la mulsion, « écorchent » les aphtes qui siègent sur les trayons. (NOCARD et LECLAINCHE).

De même, nous dirons quelques mots de la contamination par le beurre et le fromage frais. D'après MOUSSU (1), on pourrait sans inconvénient utiliser le lait des vaches malades à la fabrication du beurre et du fromage. Le germe de la fièvre aphteuse disparaîtrait dans les fermentations qui accompagnent la maturation de la crème et du caillé. Cependant, plusieurs observations établissent que ces deux produits conservent la virulence, transmettent la maladie à l'homme et nous-même publions un cas de ce genre où l'étiologie n'a pu être rapportée à une autre cause.

La fièvre aphteuse est-elle transmissible d'homme à homme?

Certains auteurs ont voulu voir dans les épidémies une preuve de ce mode de transmissibilité. Pour BOHN (2) il n'y aurait là qu'une coïncidence. Dans l'absence de renseignements étiologiques précis, on ne peut conclure d'une manière formelle à ce mode contagion.

SCHRULLE (3) cependant, rapporte l'observation d'un homme qui après avoir pris la maladie en pansant du bétail aphteux l'avait ensuite transmise à sa femme et

(1) MOUSSU, *Journal d'Agriculture pratique*, 27 juillet 1911.

(2) BOHN, *Gerhardt's Handb. d. Kinderh.*, 1888.

(3) SCHRULLE, *Mittheil, aus d. thierarztl. Praxis*, 1880-81, p. 10.

à un enfant. Mais ces derniers cohabitaient avec les animaux malades et il est plus probable que la fièvre aphteuse ne s'est déclarée chez ces deux personnes qu'après une incubation plus longue, la cause de leur affection provenant directement des animaux.

CHAPITRE II

BACTÉRIOLOGIE

La recherche de l'agent pathogène de la fièvre aphteuse a fait l'objet de très nombreuses tentatives. Depuis une quarantaine d'années, on a signalé fréquemment la présence d'un microbe spécifique, mais chaque fois l'expérimentation est venue contester la découverte des bactériologistes.

En 1870, SPINOLA, puis BINDER et HADINGER entreprennent les recherches faites par FLEMING et, comme lui, confondent aphtes et muguet.

Il en est de même pour la théorie allemande de HALLIER (1) ; ce dernier, avec ZUNDEL, reconnaît comme cause de la fièvre aphteuse un champignon qui naît sur les plantes rouillées et qui ressemble beaucoup à celui du muguet des enfants. Les racines de ce champignon traverseraient peu à peu la muqueuse dans toute son épaisseur ; c'est ensuite que le champignon s'étend

(1) BOULEY, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1872, p. 573.

draît par repullulation, et qu'alors apparaîtraient les symptômes de la fièvre aphteuse. MÉDARD s'est inspiré de la théorie allemande: « On peut examiner, dit-il, les aphtes de la bouche, ceux des mamelles et ceux des onglons, et toujours on trouvera le cryptogame qu'on voit sur le végétal rouillé. J'ajouterai qu'il se trouve dans la bave et même dans le liquide sécrété entre les onglons. »

BOULEY, avec raison, combat cette façon de voir. Il trouve fort naturel que, donnant à des animaux des fourrages rouillés, on constate la présence du champignon de la rouille sur les plaies buccales et sur celles des pieds. « Il n'y a rien là d'extraordinaire, dit-il, ce qui le serait c'est qu'il n'en fût pas ainsi. »

Pour que la doctrine fût vraie, il faudrait que l'on ne constatât la présence de la rouille que chez les animaux atteints de fièvre aphteuse et que la maladie ne se déclarât qu'à la suite de l'ingestion de plantes rouillées. Or MAGNE, à Alfort, a nourri pendant plusieurs mois des moutons dans ces conditions; non seulement ils ne contractèrent pas la fièvre aphteuse mais, à la fin de l'expérience, ils étaient dans un bien meilleur état qu'à son début.

KLEIN (1), en 1888, observe un diplococcus dans le liquide des vésicules aphteuses; il le cultive, l'inocule au veau, au mouton et au porc, mais il ne peut arriver à reproduire la maladie.

FRANKEL (2), isole un streptococcus pyogenes aureus et flavus.

(1) KLEIN, *Centralblatt. f. Vétér.* 1888.

(2) FRANKEL, *Centralblatt. f. Klein. méd.* 1888.

SIEGEL (1), en 1891, dans un important travail comportant sept autopsies, aurait trouvé, dans le sang et dans les viscères, un microbe ovoïde, voisin du colibacille. Les cultures pures de cet agent pathogène auraient été positives chez le veau et le porc, négatives chez le lapin et le cobaye. On chercha à reproduire ces expériences mais elles ne donnèrent aucun résultat.

En 1893, KURTZ et SCHOTTELIUS (2) obtiennent un streptococcus involutus poussant sur sérum en 24 heures et s'accumulant à la surface sur une épaisseur de trois millimètres, le reste du liquide restant limpide. Son inoculation aux animaux fut négative.

La même année, BEKLA (3) décrit minutieusement des amibes assez analogues à l'hématozoaire du paludisme, mais il ne peut reproduire la fièvre aphteuse.

En 1894, PIANA et FIORENTINI (4) retrouvent dans le liquide des vésicules, sur les ulcérations buccales et dans le sang le parasite étudié par BEKLA; il se présente sous la forme d'un corps sphérique ou arrondi dont les dimensions varient de deux à quatre μ et renferme à l'intérieur plusieurs granulations réfringentes. Ces corpuscules présentent des pseudopodes et sont doués de mouvements amiboïdes.

Dans un cas de stomatite chronique suivie de mort, WINKELMANN (5) donne le compte rendu de l'examen bactériologique pratiqué pendant la vie d'un malade. Au

(1) SIEGEL, *Deutsche méd. Wochenschr.* 1891.

(2) SCHOTTELIUS, *Centralblatt. f. Bakter.* 1893.

(3) BEKLA, *Ibid.* 1893.

(4) PIANA et FIORENTINI, *ibid.* 1894.

(5) WINKELMANN, *Deutsche Zeitsch. f. Chirurg.* 1894.

niveau des ulcérations, il trouva un microbe analogue à celui de la fermentation alcoolique pouvant être cultivé sur tous les milieux et semblable au microorganisme isolé par SIEGEL.

En 1895, WILLIAM BLIGH, de Londres, fait examiner par son collègue WELLS, trois tubes contenant la sérosité prélevée sur un enfant porteur de vésicules aphteuses de la main. Dans deux tubes, le liquide contenait des cocci semblables aux staphylocoques et se groupant par paires; dans le troisième tube, il ne trouva que des streptocoques: ceux-ci se cultivaient facilement dans tous les milieux sauf la pomme de terre. Les colonies étaient petites, sphériques, transparentes, semblables à de la gelée et non confluentes. Elles apparaissaient dans un temps variant entre 48 et 60 heures. Au microscope WELLS constata la présence de longues chaînes onduleuses de 30 à 50 individus affectonnant les couleurs d'aniline et restant colorés par le GRAM. De cet examen bactériologique il conclut qu'il se trouvait en présence de l'agent pathogène décrit par KLEIN et spécifique de la maladie aphteuse des bestiaux.

En 1896, FORTUNA (1) publie les recherches de l'inspecteur-vétérinaire C. STARCOVICI; ce dernier, à la suite d'expériences faites à Chiojdeni et à l'Ecole vétérinaire de Bucarest, croit avoir trouvé l'agent de la fièvre aphteuse. Il le décrit comme un bacille semblable morphologiquement à celui de la fièvre thyphoïde. Il est doué de la propriété de se mouvoir, est pourvu de cils très longs et se cultive dans tous les milieux de laboratoire. Dans les stries sur la gelée, vers la profondeur, les co-

(1) FORTUNA, *Recueil de méd. vétér.* 1897, p. 86.

lonies présentent un aspect brunâtre. Le bacille STARCOVICI se colore très facilement par le GRAM. A la suite d'injections sous-cutanées chez les cobayes, lapins, etc., on voit la mort survenir entre 24 heures et 4 jours. Dans une culture quelconque la virulence de ce bacille se conserve pendant six mois; ses dimensions varient entre $0,3 \mu$ et $0,7 \mu$ suivant qu'on l'observe sur des cultures récentes ou après des passages successifs dans le sang des animaux. Les cultures laissées à la température de 45° pendant un quart d'heure restent pathogènes tandis qu'à 48° elles ne résistent plus au bout du même laps de temps. Inoculé à l'animal, le bacille reproduit la fièvre aphteuse.

NOCARD demande avec juste raison que l'on apporte des réserves au sujet de la découverte de STARCOVICI: on sait, en effet, que les lapins et les cobayes résistent à la fièvre aphteuse et que, d'autre part, la virulence prolongée de cet agent est en contradiction avec ce que l'on sait de la fragilité du virus aphteux. Il croit que le bacille Starcovici n'est qu'un saprophyte provenant des cuïs-de-sac glandulaires et qu'il ne joue aucun rôle dans la virulence aphteuse. — CHAUVEAU, partage l'avis de NOCARD.

NOSOTTI (1), de Paris, décrit également de petits microbes arrondis et mobiles rencontrés dans les vésicules récentes. Isolés ou réunis en groupes de trois ou quatre, ils se cultivent à 38° dans le liquide amniotique qui se trouble rapidement.

L'inoculation aux bovidés serait positive.

(1) *In Thèse POMMERET.*

STUTZER et HABNER (1) découvrent aussi un microbe se cultivant sur gélose additionnée de petit lait légèrement acidulé; il présente des caractères morphologiques très variables: coccus, diplocoques, streptocoques, filaments parfois ramifiés ou batonnets ovoïdes de $0,5 \mu$ à 1μ .

En 1897, BUSSENIUS (2) étudie avec SIEGEL le bacille ovoïde que ce dernier avait isolé en 1891. Les cultures en injections sous-cutanées tuent le cobaye en sept à dix jours sans que cet animal présente des signes de réaction locale. Inoculé au veau, cet agent reproduit la fièvre aphteuse.

Au neuvième congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Madrid en 1908, LÖFFLER (3) donne le résultat de ses recherches sur le virus aphteux. Il démontre que le microorganisme spécifique appartient à la catégorie dite « des invisibles » et qu'il se trouve bien à l'intérieur des vésicules puisqu'une très faible quantité de ce liquide injecté reproduit la maladie. Après filtration sur porcelaine, il constate que la sérosité filtrée donne les mêmes résultats positifs. Il prélève $\frac{1}{50}$ du contenu d'une vésicule aphteuse de porc; le liquide est dilué, filtré, puis injecté au veau par la voie sanguine. Sur l'une des vésicules produites chez le veau inoculé il prélève de nouveau un échantillon analogue qu'il soumet aux mêmes manipulations que le précédent. En admettant que chaque vésicule contienne 3% de sérosité, chaque inoculation représentait $\frac{1}{1500}$ de $\%$; comme LÖFFLER

(1) STUTZER et HABNER, *Arch. für Hygiène* xxx, 1897.

(2) BUSSENIUS et SIEGEL, *Deutsche méd. Wochenschr.*

(3) LÖFFLER, *In semaine médicale*, 1898, p. 163.

répéta six passages successifs avec la même sérosité filtrée après chaque prélèvement, le dernier animal fut inoculé avec la sixième partie de $\frac{1}{150^e}$ de $\frac{c}{o}$ ce qui représente une dose infinitésimale. Il suffit de $\frac{1}{5000^e}$ pour assurer l'infection.

« Il est impossible d'admettre qu'un poison agisse à cet état de dilution. On doit penser au contraire que l'on se trouve en présence du microorganisme producteur de la fièvre aphteuse. Ce microbe a certainement des dimensions extrêmement faibles, se trouvant au delà de la limite de la visibilité... »

Aujourd'hui, le virus filtrant de la fièvre aphteuse n'est pas encore nettement défini, quoiqu'il ne soit pas ultra-microscopique puisqu'il ne traverse pas le filtre de KITASSATO ; cependant ce dernier laisse passer des colloïdes dont les grains sont visibles et mesurables. « Ce virus se comporte donc comme ceux de la péripneumonie et de la rage qui traversent les filtres ainsi que certains trypanosomes.

« Examiné au microscope à champ obscur, il laisse voir une infinité de petits corpuscules arrondis, très mobiles, colorables au GIEMSA, situés dans le noyau ou au voisinage du noyau des leucocytes ou à la périphérie de ces cellules. Ces corpuscules, étudiés par BETEGH, comprennent une partie centrale très colorée et une zone périphérique à forme teintée constituant un halo ou une gaine ; ils présentent un prolongement ou un cil et sont quelquefois associés par deux (1) »

Terminons en disant que chez l'homme les recherches

(1) CADÉAC, *Journal de méd. vétér. et de zootechnie*, 29 février 1912.

bactériologiques n'ont pas eu plus de succès que celles entreprises chez l'animal. HUTINEL a constaté le plus souvent la présence d'un streptocoque, parfois d'un staphylocoque et beaucoup plus rarement du bacille de la diphtérie. Ce sont ces considérations qui ont fait croire à PASQUIER et ROGER-VOISIN que la fièvre aphteuse n'était qu'une affection polymicrobienne.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE MARCHE ET PRONOSTIC FORMES CLINIQUES

La fièvre aphteuse s'observe à tout âge; ce que nous avons dit à ce propos de l'aphte banal, peut également trouver ici sa place. En raison cependant de l'alimentation lactée, exclusive chez les nourrissons nourris au biberon et chez le jeune enfant, ceux-ci sont considérés par plusieurs auteurs comme plus exposés que les adultes à la contagion.

Une statistique publiée par MONTI (1) semble plaider en ce sens. D'après ce tableau, l'auteur aurait ob-

(1) MONTI Zur Etiologie und Pathogenese der Stomatitis aphtosa, *Hensch's Festschrift*, Berlin, 1890, p. 461.

servé une plus grande fréquence de la maladie chez les enfants de moins de deux ans.

Au-dessous de 1 an.	69
A 1 an.	290
De 2 à 3 ans. . . .	106
De 3 à 4 »	45
De 4 à 5 »	21
De 5 à 6 »	21
De 6 à 7 »	13
De 7 à 14 »	»

565 sur 5.876 enfants malades.

Au contraire, les observations portées par DAVID (1) s'appliqueraient à trente-neuf adultes et neuf enfants seulement.

Avec MOSNY (2), nous pouvons diviser l'étude clinique de la fièvre aphteuse en quatre périodes : incubation, invasion, éruption et réparation.

Pour PAISSEAU, il y aurait une période d'incubation, une période de début, une période d'état au moment où les aphtes apparaissent et une période de cicatrisation consécutive.

Incubation. — La période d'incubation peut être variable ; la plupart des traités lui assignent une période de trois à dix jours. Elle n'a pu être déterminée de façon assez précise que dans les cas expérimentaux (deux jours

(1) DAVID, *Archives générales de médecine*, 1887, p. 447. (Dans cette proportion l'auteur y voit un argument en faveur de la transmission).

(2) MOSNY, in *Traité Debove, Achard.*, T. v.

dans la relation d'HERTWIG). On conçoit d'ailleurs qu'il est le plus souvent impossible de retrouver dans l'histoire du malade la date à laquelle le virus aphteux a pénétré dans son organisme.

Invasion. — Cette période dure en général de trois à huit jours, pendant laquelle on observe des troubles généraux sans caractères très spéciaux; ce sont ceux que l'on a coutume de rencontrer dans la plupart des états infectieux: anorexie, frissons céphalée légère, vertiges, insomnie, etc...; on peut encore noter de la température (38° à $38^{\circ},5$).

Chez le nourrisson et l'enfant, cette période prodromique peut être plus accusée; le petit malade devient grognon et présente des troubles gastro-intestinaux tels que vomissements, diarrhée.

Les symptômes fonctionnels se traduisent par un état de sécheresse de la bouche, accompagné d'une sensation de chaleur ou de cuisson. Peu après, une abondante salivation apparaît (1), sialorrhée aussi copieuse que dans une stomatite mercurielle.

La langue est saburrale, l'haleine fétide.

Chez l'adulte, la période d'invasion peut parfois passer inaperçue; elle ne se traduit alors que par de l'anorexie. Mais généralement et surtout chez l'enfant on trouvera, isolés ou associés, la plupart des symptômes généraux ou locaux que nous venons de décrire.

(1) A cette période il ne faut pas considérer ce signe comme absolument pathognomonique ainsi que le croient certains auteurs. La sialorrhée se rencontre en effet dans certaines affections des voies digestives: sialorrhée d'origine gastrique, reflexe œsophago-salivaire de ROGER, etc... (Cade).

Eruption. — C'est la période marquée par l'apparition des aphtes. Les malaises généraux ont été sans cesse s'accroissant ou débutent brusquement. L'examen de la cavité buccale permet de constater à ce moment la présence de plaques rouges réparties sur la muqueuse et dont le contact est douloureux (1). On les observe le plus communément à la face interne des lèvres, sur les bords ou à la pointe de la langue, soit encore au niveau des sillons gingivo-labiaux. Rapidement apparaissent les vésicules et dès lors les aphtes se constituent en chacun de ces différents points, passant successivement de la phase vésiculeuse à la phase ulcéreuse. Seulement, et c'est là le point capital différentiel, ces aphtes sont douloureux. Ils se rencontrent en grand nombre (il n'est pas rare d'en compter une vingtaine) et présentent un aspect « chancroforme » (ARTHAUD). L'évolution de l'exanthème qui les a précédé est le plus souvent, tellement rapide que la maladie semble constituée d'emblée par des aphtes ulcérés. Ces ulcérations dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et d'une lentille sont tapissées par un enduit pultacé jaune grisâtre, adhérent. Au-dessous de cette membrane la muqueuse est rouge et saignante.

La dysphagie devient alors intense ; la déglutition des liquides est souvent même impossible. Les gencives sont, parfois tuméfiées. Dans la plupart des cas, on ne note pas d'adénopathie, mais lorsqu'elle existe et elle persiste alors assez longtemps, elle semble plutôt causée

(1) TEISSIER et ROQUE, in *Traité de médecine Brouardel, Gilbert*, 1905.

par des associations microbiennes secondaires (1)
(BONTANT, POMMERET),

La température s'est encore élevée, elle oscille entre 39° et 40°, présentant des exacerbations vespérales. On note également de la céphalée plutôt diurne que nocturne, mais augmentant vers la fin du jour (LÉVY). Ce sont encore des douleurs, siégeant le long des membres, rarement au niveau des articulations, mais beaucoup plus souvent dans les muscles.

Cette période d'éruption dure en général huit à dix jours.

Réparation. — C'est la phase de cicatrisation et de disparition des symptômes généraux. Le bord des ulcérations s'affaisse; celles-ci se détergent rapidement et se cicatrisent par le même processus par nous décrit dans la guérison de l'aphte ordinaire. La température tombe brusquement ou bien descend en lysis. Il ne persiste le plus souvent que de l'asthénie et une certaine pâleur des téguments. Les rechutes sont exceptionnelles à cette période. Signalons pour terminer la perte de poids, qui dans deux de nos observations personnelles, s'est élevée à dix kilogrammes.

MARCHE ET PRONOSTIC

Dans la forme *communé* que nous venons de décrire, nous voyons que la fièvre dure environ une dizaine de

(1) Les examens bactériologiques pratiqués à ce moment ont décelé la présence de staphylocoques streptocoques, fuso-spirilles, etc.

jours, mais il faut bien compter deux ou trois semaines pour arriver au complet rétablissement. La période de convalescence s'accompagne d'une faiblesse parfois extrême. Chez l'adulte, le pronostic est en général bénin. La maladie n'a de conséquences graves « que chez le nourrisson, lorsque se prolongeant grâce aux réinoculations successives, dues à l'emploi d'un lait contaminé, elle entraîne l'amaigrissement et la dénutrition (1). »

Les cas de mort signalés au cours de la fièvre aphteuse, doivent être, croyons-nous, très discutés : à savoir s'ils sont le fait de la maladie elle-même, ce que nous ne pensons pas, ou bien parce qu'entraînant une déchéance momentanée de l'organisme, d'autres affections graves sont venues se greffer sur la première.

Dans l'épidémie de Douvres, en 1884, le Docteur STICKLER (2), reproduit une note de son confrère anglais ROBINSON où sur 205 personnes atteintes il y eut 5 décès.

Dans les épidémies de Rixfort et de Britz, observées par SIEGEL, il y aurait eu aussi de nombreux cas de mort. A Britz, notamment en 1889, on aurait compté 11 décès sur 195 cas ; en 1890, 21 décès sur 178 cas.

DEMME en rapporte 3 sur 4 observations.

De même WINKELMANN (3) aurait observé un cas semblable chez un homme de quarante six ans. Il a soin d'ajouter que ce malade succomba six mois après le début de son affection avec des symptômes de bronchite chronique.

(1) BALTHAZARD et CLAUDE, *Pathologie interne*, 1907, T. III, p. 8.

(2) STICKLER, *Médical Record*, New-York, 1890, p. 285.

(3) WINKELMANN, Stomatite chronique suivie de mort, *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1894.

RIEVEL (1) signale, en 1898, la mort de deux enfants, l'un d'un an et demi et l'autre de trois ans; une enquête minutieuse aurait prouvé que le lait incriminé provenait de vaches atteintes de fièvre aphteuse.

FORMES CLINIQUES

C'est sur ce chapitre que s'engagent les discussions. Les auteurs qui signalent ces différentes formes les expliquent par une virulence particulière de la fièvre aphteuse. Les uns y voient une prédisposition organique aux aphtes, les autres, comme ARTHAUD, décrivent une telle quantité de formes cliniques (types de rougeole, de scarlatine, de méningite cérébro-spinale, épidémique, etc...) que nous nous arrêterons dans leur description aux plus communément observées ou publiées.

La classification que nous proposons est inspirée en partie par l'analyse même des observations qui suivent et correspondent aux variations étiologiques ou symptomatologiques.

Nous décrirons donc d'après leur fréquence:

- 1° Une forme cutanée;
- 2° Une forme prolongée;
- 3° Une forme cohérente;
- 4° Une forme à diverses localisations muqueuses;
- 5° Une forme gastro-intestinale;
- 6° Une forme typhique;
- 7° Une forme grave.

(1) RIEVEL, *Handb. der Milch.*, 1907.

Forme cutanée. — C'est la forme correspondant le plus habituellement à l'inoculation directe du virus aphteux. L'affection débute au niveau de la porte d'entrée des germes infectieux. On voit se former « de petites taches rosées présentant à leur centre un point foncé qui les fait ressembler à une piqûre de puce (1). » Puis ce point central va s'élargissant peu à peu et bientôt apparaît une petite vésicule analogue à celle que l'on retrouve au niveau de la muqueuse buccale; l'*aphte cutané* est alors constitué. Il est rempli par un liquide clair citrin. Rapidement la pellicule épithéliale s'effondre, se déchire et l'ulcération consécutive se recouvre d'une croûte grisâtre. Au bout d'une semaine, elle a disparu sans laisser de cicatrice visible. Il y a là une analogie frappante avec ce que l'on observe sur les trayons des vaches laitières.

Il va sans dire que l'on peut trouver dans la même région plusieurs de ces éléments. L'envahissement des muqueuses se fait alors secondairement. (Observation de HULIN DE LOUVAIN). Dans d'autres cas cette éruption cutanée est secondaire à des aphtes buccaux.

BOULEY, d'Avesnes, publie une observation dans laquelle il a constaté la chute des ongles des pieds.

Forme prolongée. — Les poussées vésiculeuses se suivent. LEGENDRE et RUAULT (2) les attribuent à l'usage prolongé du lait virulent. C'est ainsi que ces auteurs virent chez une jeune femme « la fièvre aphteuse

(1) POMMERRET, *Thèse Paris*, 1902.

(2) LEGENDRE et RUAULT, in *Traité de médecine*, Bouchard et Brissaud.

procéder par poussées subintrantes et ne céder que lorsque le lait fut supprimé. »

Forme cohérente. — Les ulcérations se touchent par leurs bords. Elles envahissent la cavité buccale dans presque toute son étendue, parfois même, tout le tube digestif? (POMMERET, LÉVY). On les voit alors se multiplier au pharynx, à l'isthme du gosier. Les gencives sont tuméfiées, arrivent au niveau du rebord dentaire. Dans cette forme clinique BOAS (1) aurait vu la langue gonflée sortir de la bouche et se mortifier à son extrémité. BRISCÆ (2) publie une observation analogue. L'engorgement ganglionnaire et la fétidité de l'haleine seraient extrêmes; la température atteindrait 41°.

Forme à diverses localisations muqueuses. — Les aphtes ne sont pas exclusivement observés au niveau de la muqueuse buccale. On en a signalé dans les régions anale et vulvaire. LÉVY est très affirmatif à ce sujet; il a toujours trouvé « à un moment donné des aphtes sur une muqueuse quelconque. » Il en résulte alors des blépharites aphteuses, laryngites aphteuses accompagnées d'accès simulant la coqueluche, corryza aphteux, etc...

Forme gastro-intestinale. — Les vomissements répétés, les selles à caractère diarrhéique caractérisent cette forme. Ces accidents ont été attribués à tort, croyons-nous, aux localisations profondes des aphtes sur le tube

(1) BOAS Communication à la *Société de médecine interne de Berlin*.

(2) BRISCÆ, *British medical Journal* 1872.

digestif. D'ailleurs, chez l'animal, on ne retrouve les aphtes que là où il y a du tissu épithélial à type ectodermique. N'en serait-il pas de même chez l'homme? Diarrhée et vomissement ne s'observent-ils pas couramment dans divers états infectieux? Quoi qu'il en soit cette forme commune chez l'enfant semble plutôt relever de l'action des toxines élaborées par le germe aphteux.

Forme typhique. — ARTHAUD publie de nombreuses observations de fièvre aphteuse accompagnée de prostration et d'adynamie complètes, simulant un état thyphoïde. Le tracé thermique est celui d'une fièvre thyphoïde mais en plus court; la défervescence se produit graduellement au bout d'une quinzaine de jours. Le séro-diagnostic pratiqué pendant la maladie est toujours négatif.

Formes graves. — Signalées chez l'enfant par HUTINEL, ARTHAUD, DU PASQUIER et ROGER-VOISIN, elles ont été groupées par PAISSEAU en quatre catégories:

1° Les aphtes apparaissent comme épiphénomène au décours d'une broncho-pneumonie. (65 décès pour 100 aux Enfants-Assistés, d'après PASQUIER et ROGER-VOISIN (1).

2° Le début ne présente rien de particulier, mais brusquement la maladie prend un caractère spécial de gravité;

3° Au cours d'une fièvre aphteuse à marche normale. Les ulcérations persistent au lieu de se cicatriser. Il y

(1) Nous reviendrons sur ce sujet dans nos considérations sur le diagnostic et la fréquence de la fièvre aphteuse.

a élévation thermique, amaigrissement progressif, cachexie accompagnée de rashes érytémateux scarlatini-formes. Fréquemment, le malade est emporté par une broncho-pneumonie.

4° Une forme suraigüe dans laquelle HULOT, NOBÉ-COURT et MERKLEN, font jouer un rôle à la dégénérescence granulo-graisseuse du foie.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Un état fébrile initial, une éruption aphteuse douloureuse suivie d'ulcérations buccales, une adénopathie concomittante, de la dysphagie intense et de la sialorrhée sont ordinairement les symptômes le plus communément observés au cours d'une fièvre aphteuse. A ces signes il faut ajouter la présence de vésicules et d'aphtes cutanés, soit que la maladie provienne d'une inoculation directe, soit que ces éléments évoluent parallèlement ou secondairement à des aphtes buccaux.

Dans l'ignorance, où nous sommes de la connaissance de ou des agents pathogènes spécifiques de la fièvre aphteuse, il faudra autant que possible procéder à une enquête étiologique sérieuse.

En l'absence de cette condition, l'identité des deux affections chez l'homme et chez l'animal pourrait être déterminée par l'inoculation du contenu vésiculaire au veau. En 1893, durant une épizootie aphteuse qui sévissait dans les gouvernements de Vitebsk, Wilna et Minsk, SCHANTYR (1) observa sur des adultes et des enfants des cas de stomatite éruptive, se compliquant, chez les derniers, de gastro-entérite, d'éruption cutanée et qui lui parurent devoir être attribués à la consommation de lait virulent. Avec la salive d'un de ces malades il inocula deux veaux d'une étable indemne et leur

(1) SCHANTYR, *Arkhir. Vétérinarnich. Naouk*, p. 87.

communica ainsi la fièvre aphteuse: des troubles généraux apparurent du quatrième au cinquième jour; le septième des aphtes s'étaient développés aux points d'inoculation.

Plus récemment, BERTARELLI (1) a également rapporté sur l'animal la maladie transmise à l'homme. L'occasion lui en fut offerte par un vacher et un jeune pâtre, qui semblaient avoir été contagionnés en soignant des bêtes aphteuses. Avec la salive du premier chez lequel on constatait une éruption buccale, il inocula un veau pris dans un milieu non infecté: l'opération fut faite à la lèvre supérieure par scarification, et à l'oreille, par insertion dans l'hypoderme d'un fil virulent. Au bout de cinq jours, il vit se développer sur la lèvre, une vive rougeur, puis une vésicule aphteuse typique, et à l'oreille, un îlot d'œdème bientôt accompagné d'une ulcération qui se cicatrisa lentement. Ces dernières lésions étaient en tout semblables à celles que provoque l'inoculation par le fil passé dans la salive d'un bovin aphteux, mode de vaccination utilisé en Italie.

Pour le diagnostic clinique de la fièvre aphteuse, on aura soin d'éliminer d'emblée les *aphtes communs* qui ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. D'ailleurs l'évolution de l'aphte banal est rapide et les éléments sont en petit nombre.

La *plaque muqueuse syphilitique* ne sera pas non plus confondue avec l'aphte, à cause d'une céphalée ou d'une adénopathie concommittante. Cet accident humide est avant tout une plaque blanche, opaline; mais quand elle

(1) BERTARELLI, *Centralbl. f. Bakter.*, 1908, p. 628.

coïncide avec des aphtes il faut, lit-on dans le *British medical Journal* (1869) « penser au mercure avant de songer aux vaches. » D'ailleurs un examen ultra-microscopique permet de déceler en quelques minutes la présence du tréponème pâle.

L'*hydroa vacciniiforme* de Quinquaud serait, pour TEISSIER et ROQUE (1), plus difficile à distinguer. Il y a un état général prodromique analogue, des vésicules transparentes sur la muqueuse buccale, crevant rapidement et causant des ulcérations ; mais elles se recouvrent d'une fausse membrane opaline, bien différente de l'exsudat jaunâtre que nous avons décrit. Il n'y a pas de salivation, ni d'engorgement ganglionnaire. Généralement il y a des vésicules sur le tronc, tandis que dans la fièvre aphteuse, les aphtes cutanés, s'ils existent, se rencontrent plutôt au niveau des membres.

On ne saurait encore confondre la fièvre aphteuse avec la *stomatite ulcéro-membraneuse*. Cette affection, très contagieuse, se traduit par de larges ulcérations siégeant d'abord au niveau des dernières molaires, n'intéressant la langue qu'exceptionnellement. L'engorgement ganglionnaire, ordinairement unilatéral, est volumineux et ne suppure jamais. Enfin on retrouve fréquemment l'association fusospirillaire.

Enfin c'est avec l'*herpès* que le diagnostic se discute le plus. Pour COMBY, la stomatite aphteuse ne serait qu'une stomatite herpétique. Les aphtes se distinguent cependant de l'herpès par les caractères suivants : les vésicules sont en plus petit nombre, trois ou quatre,

(1) TEISSIER et ROQUE, in *Traité de médecine* Brouardel, Gilbert, 1905.

groupées en bouquets. Elles ont les dimensions d'une tête d'épingle; et contiennent au début un liquide clair, transparent; elles éclatent ensuite en montrant un dépôt nacré de teinte plus blanchâtre que la vésicule aphteuse. La localisation de l'herpès s'observe de préférence aux lèvres, aux ailes du nez, sur les organes génitaux et se montre parfois à l'occasion d'une affection fébrile ou de la menstruation. — Dans l'angine herpétique, l'incubation est de courte durée (quelques heures), le début très bruyant avec grand frisson solennel. Les vésicules siègent sur les amygdales, le voile du palais, les piliers, la paroi postérieure du pharynx; mais les ulcérations consécutives sont recouvertes de fausses membranes fibrineuses, identiques à celles de la diphtérie.

Certains herpès fébriles, en particulier l'*herpès pneumonique* (1), ne se traduisant par aucun signe à l'auscultation pulmonaire, peut encore être confondu avec une forme grave de fièvre aphteuse. L'examen bactériologique du contenu des vésicules tranchera le plus souvent le diagnostic.

(1) WEILL et DUFOURT, L'herpès pneumonique, *Lyon médical*, 17 mars 1912.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

TRANSMISSIBILITÉ PAR LE LAIT

OBSERVATION I (1).

HERTWIG, 1834.

Comme une éruption pustuleuse ou aphteuse peut se développer sous l'influence de n'importe quelle cause, il nous a semblé qu'il était nécessaire de démontrer par une expérience rigoureusement faite sur l'homme sain, que la maladie peut être causée par l'usage du lait de vaches malades. Je résolus donc de faire sur moi-même cette expérience aussitôt que l'occasion m'en serait offerte; c'est ce qui arriva au mois de juillet; mes confrères, les vétérinaires MANN et VILLAIN, voulurent bien la faire avec moi. Au début, nous étions tous les trois bien portants; nous n'avions ni embarras gastrique, ni fièvre intermittente, ni exanthème; notre régime resta le même tous les jours. Nous essayâmes d'éviter la chaleur du corps et les bains.

Le 26 juillet, à midi, début de l'expérience: chacun de nous doit prendre un quart de lait fraîchement trait et encore chaud, venant de vaches souffrant depuis six

(1) HERTWIG., Uebertragung thierischer Ansterkungstoff auf Menschen. *Preuss. méd. Zeitung*, 1834, p. 215, 219, 225.

à huit jours de fièvre aphteuse grave. L'expérience fut répétée les 27, 28 et 30 juillet.* Le 28, fièvre légère, tension dans les membres, céphalalgie, bouche chaude, sensation de prurit sur la peau des deux mains et des doigts. Ces accidents persistèrent jusqu'au 2 août; ils furent si légers que j'y fis à peine attention; ce jour-là tuméfaction de toute la muqueuse buccale, surtout vers la langue qui devient douloureuse. Le 3 août, sur la langue (surtout sur ses bords latéraux), sur la face interne des joues et des lèvres, petites vésicules dont la plus grande présente la circonférence d'une lentille; elles sont d'un blanc jaunâtre et renferment de la sérosité trouble qui s'écoule par la ponction et se reproduit très vite. En même temps, on trouve sur les mains et sur les doigts une grande quantité de vésicules dont la plupart présentent le volume d'un grain de chènevis; elles sont molles, jaunâtres, et donnent lieu à un prurit très pénible. Chacune de ces vésicules augmente de volume jusqu'au 4 ou 5 août, et se rompt les jours suivants. L'épithélium se détacha complètement aux places indiquées, et il ne resta plus à sa place qu'une tache d'un rouge sombre qui disparut au bout de six à dix jours après l'apparition des vésicules. Les accidents fébriles cessèrent complètement aussitôt qu'apparurent les vésicules. Au contraire, depuis ce temps jusqu'à la disparition de l'éruption rosée, il y eut des douleurs cuisantes dans toute la bouche, de sorte que la mastication, la parole, la déglutition de la salive restèrent pénibles. La soif augmenta considérablement; les vésicules des lèvres se desséchèrent et donnèrent lieu à une eschare mince, brunâtre, qui tomba dix jours environ après l'éruption. Aux mains, les vésicules

se maintinrent comme à la bouche, mais leur cours fut plus rapide; elles se remplirent du 4 au 7 août d'une sérosité trouble lymphatique, devinrent plus grandes, et par places confluentes, se rompirent et desséchèrent; la surface se desquama jusqu'au 20 août.

Chez le vétérinaire MANN, le 30 juillet, léger accès de fièvre, vésicules dans la bouche, surtout sur la langue, en moindre quantité que chez moi; cours le même; rien d'anormal aux mains.

Chez le vétérinaire VILLAIN, du 1^{er} au 4 août, fièvre sérieuse, vésicules dans la bouche, éruption aux deux lèvres, même forme que chez moi.

OBSERVATION II (1).

ANTHOINE, 1872.

J'ai eu l'occasion, en juin 1872, de constater l'existence de la fièvre aphteuse sur les nommés Eynimo Louis domestique, âgé de 17 ans; Bellon, Jeanne, de Molènes-en-Queyras, fromagère, âgée de 26 ans, et Pora Magdeleine, de Puysanne (Italie), bergère, âgée de 23 ans. Ces trois personnes, appropriées au service de M. Meynet, ex-maire et propriétaire à Saint-Clément, qui avait fait construire une fruitière dans ses propriétés, furent atteintes d'aphtes nombreux, par suite de leur alimentation qui consistait uniquement en lait.

Les symptômes remarqués sur ces personnes ressemblaient parfaitement à ceux observés chez les animaux. Elles ressentirent de la fièvre, une grande chaleur sui-

(1) Cité par Roché, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.

vic de gonflement dans la bouche. Il se forma à la face interne des lèvres, sur les bords de la langue, sept ou huit ampoules grosses comme un petit pois; la salivation était très abondante et il existait probablement des aphtes au voisinage des amygdales, de la luette et du voile du palais car ces personnes pouvaient à peine mâcher et avalaient avec beaucoup de difficulté; leur voix ne fut ni éteinte ni altérée.

La nommée Bellon, femme chargée de la fabrication du fromage, fût même atteinte d'aphtes aux mains. L'éruption débuta par une rougeur avec démangeaisons, puis la phlyctène apparut bientôt, remplie de sérosité jaunâtre. Rompue et le liquide écoulé, cette ampoule fut suivie d'une ulcération peu profonde, à surface granuleuse, avec un peu de pus. Ce fut le 17 juin que ces personnes ressentirent les premiers symptômes; huit jours après la fièvre diminua considérablement, les plaies ulcéreuses se cicatrisèrent et, au bout de quinze jours, j'appris que ces personnes étaient guéries.

OBSERVATION III (1).

La commission américaine d'agriculture a rapporté que des cas de maladie sur l'homme ont été vus à Albany South-Dowry, Dyteten-Country, New-York pendant l'épisootie de 1870.

La fièvre aphteuse se révèle chez l'homme par un léger accès de fièvre et par la formation sur la langue, sur les lèvres, sur les joues et quelquefois sur les mains,

(1) Cité par ROCHÉ, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.

de petites ampoules plus larges qu'une lentille. Sur les enfants et sur les jeunes animaux qui se nourrissent presque exclusivement de laitage, la diarrhée et une inflammation grave de l'estomac et des intestins en sont les conséquences. (Report of the commissioner of agriculture for the Year, 1870, Washington).

OBSERVATION IV (1).

VAN PARYS.

Il s'agit d'un homme alcoolique contaminé par le lait pris directement ou mélangé avec du café.

« Il vient me consulter en octobre 1872; il y a je ne sais quoi d'étrange dans ses allures; depuis deux jours, diarrhée, coliques, vomissements. Le 26 octobre, avant d'interroger mon malade, j'interroge son épouse qui me déclare que le 20, avant de se rendre à la messe de 7 heures, son mari a pris du café au lait et qu'il avait commencé à se sentir indisposé à l'église, que la tête lui tournait, qu'il éprouvait des éblouissements; enfin, qu'il craignait de ne plus pouvoir se rendre chez lui. Elle ajouta qu'y étant parvenu cependant, quoique avec beaucoup de peines, il fut pris tout à coup de fortes coliques accompagnées de matières bilieuses et d'évacuations alvines non interrompues, au point que C... fut obligé de rester toute la nuit sur la seuil. Salivation abondante, voix rauque, toux, dysphagie pour les solides, pas de fièvre, insomnie, ne peut rester au lit, hallucinations, dit qu'il va mourir, qu'il attend le coup fatal que doivent lui porter ses per-

(1) Cité par DAVID, *Archives de médecine*, 1887, p. 452.

sécuteurs, On remarque à la région palmaire de la main gauche et aux espaces interdigitaux de larges phlyctènes. L'obscurité ne me permet pas de porter mes investigations sur la bouche et la gorge. Ce n'est que dans la matinée du 26 octobre que j'observe de nombreux aphtes sur les muqueuses de l'arcade dentaire, de la mâchoire inférieure et de la face postérieure, dont un certain nombre a déjà passé à l'état d'ulcérations. »

OBSERVATION V (1).

LIÉGEY, 1874.

J'avais soigné, en 1874, deux femmes jeunes, qui coïncidemment avec une éruption aphteuse de la bouche, avaient, l'une aux doigts et aux orteils, l'autre aux orteils seulement, de l'eczéma avec vésicules ou phlyctènes, dermatose qui, chez cette dernière, amena la chute de l'ongle de l'un des petits orteils.

Certes, lorsqu'en Lorraine je croyais chez un certain nombre de personnes de la suppuration aux extrémités et des aphtes affectant principalement la muqueuse de la bouche, j'étais loin de songer à une analogie possible avec la fièvre aphteuse des ruminants.

OBSERVATION VI (2)

En 1883, DEMME rapporte l'histoire de deux jumeaux nourris avec le lait d'une chèvre atteinte de fièvre

(1) Cité par ROCHÉ, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.

(2) Cité par PROUST, *Revue d'hygiène*, 1888.

aphteuse. Ces enfants restèrent bien portants les trois premières semaines, puis apparurent de la fièvre, de l'anorexie, des vomissements, de la dysphagie. Le troisième jour, sur la muqueuse buccale et la cloison des fausses nasales, DEMME constata des vésicules dont le volume variait entre un grain de chénevis et un gros pois. Le quatrième jour, ces vésicules étaient rompues et il y avait une salivation notable.

Chez le premier enfant, la fièvre était très vive et la mort survint le sixième jour; chez le deuxième, les symptômes furent moins graves et la guérison survint au bout de cinq jours.

OBSERVATION VII (1).

WEISSENBERG, 1889.

La question de la transmission de l'aphte épizootique à l'homme étant toute d'actualité, je vous communique une observation faite à ce sujet dans ma propre famille. Mon fils, âgé de 7 ans, d'une bonne santé habituelle, se plaignait, vers la mi-octobre, de maux de tête, d'abattement, de prostration, d'une soif ardente, sans que l'on put reconnaître la cause de ces phénomènes. Pendant la journée le malade eut des selles diarrhéiques, des vomissements et des frissons répétés; la température s'éleva à 39 ° 5, les extrémités devinrent froides, la tête était chaude, la langue saburrale, la bouche exhalait une odeur fétide, la muqueuse des lèvres et de la cavité buc-

(1) WEISSENBERG, Société de médecine Berlinoise, séance du 18 décembre 1889.

cale était très rouge, pas d'exanthème. La physionomie de l'affection rappelait celle d'une maladie infectieuse; après deux ou trois jours qui se passèrent sans modification, j'aperçus une éruption de petites vésicules blanchâtres à l'intérieur de lèvres, à la pointe et au bord de la langue, aux deux angles de la bouche et à l'entrée des narines; quelques vésicules éparses se montrèrent également sur les avant-bras et les doigts. La grosseur de ces vésicules variait entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un pois, leur contenu était un sérum limpide. Les lèvres étaient gonflées ainsi que la langue et le toucher des lèvres provoquait des douleurs intenses. Au bout de deux jours les vésicules éclatèrent et l'on aperçut à leur place des érosions saignant facilement au toucher. Des lavages avec du chlorate de potasse et une solution de borate de soude guérèrent les érosions sans cicatrices; au bout de quelques jours la santé était entièrement rétablie.

Pour le diagnostic, on pouvait faire deux hypothèses: ou bien j'avais eu affaire à un herpès facial intense, ou bien il s'agissait de la stomatite intense aiguë. La tuméfaction de la muqueuse de la bouche, celle de la langue et le siège de l'éruption étaient plutôt de nature à faire rejeter l'hypothèse d'un herpès. D'autre part, je me souviens que l'enfant immédiatement avant de tomber malade, s'était plaint de la mauvaise qualité de son lait et, en effet, ce lait était si mauvais que le second enfant, qui ne tomba pas malade, avait refusé de le prendre. Vers cette époque, j'avais dû loger avec ma famille à l'hôtel, et il m'a été impossible de connaître le lieu d'origine du lait, mais comme l'aphte épizootique était alors

fort répandu à Berlin, il est bien possible que l'enfant ait été infecté. Il est vrai qu'en général la prédisposition de l'homme à contracter l'aphte épizootique est très faible, mais il y a des cas de transmission absolument indiscutables, entre autres ceux de DEMME.

OBSERVATION VIII (1).

HIRTZ, 1889.

Chez un homme de cinquante ans, en 1889 la muqueuse buccale est le siège d'une éruption confluyente de petites vésicules aphteuses; 39°, insomnie, inappétence absolue pendant douze jours, fièvre vive, agitation. Le cinquième jour, l'éruption a envahi la totalité de la muqueuse de l'arrière-gorge et toute la face postérieure du pharynx et probablement l'œsophage car le malade accuse une chaleur intolérable sur toute l'étendue de ce conduit, qui supporte à peine le passage du lait; la langue est dépourvue. En même temps les selles devinrent un peu plus liquides, bilieuses mais non ocreuses. L'anus est le siège d'une cuisson très vive, et présente une multitude de petits éléments éruptifs, les uns sous forme de petites granulations jaunes, les autres sous forme de petites exulcérations identiques aux aphtes de la cavité buccale. Vers la troisième semaine, apparition d'un phlegmon très étendu de la jambe droite, suppuration rapide, guérison au bout de six semaines.

(1) Cité par ROCHÉ, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.

OBSERVATION IX (1).

HIRTZ, 1889.

Chez une jeune femme de 24 ans, enceinte, on remarque une sensibilité extrême de la bouche et de la gorge. La muqueuse labiale, buccale, celle du voile du palais et du pharynx, sont d'un rouge vif sur lequel apparaissent une quantité prodigieuse de vésicules herpétiformes. Salivation considérable; la déglutition est si douloureuse qu'aucun aliment ne peut être ingéré. Vers le quinzième jour, on constate sur les extrémités digitales des deux mains, la présence de panaris superficiels, ou plutôt de tourmoles, que nous incisons et qui guérissent assez vite.

OBSERVATION X (2)

Au mois d'avril 1892, les deux enfants de M. le D^r P... furent atteints tous les deux à la même époque de stomatite aphteuse. Le diagnostic fut fait par M. le Docteur BARTHÉLEMY. Chaque matin un crémier apportait à M. le D^r P... le lait nécessaire à sa consommation; lui-même le recevait directement d'une ferme de la Beauce. Une enquête faite par les soins de M. Nocard fit découvrir que les vaches qui produisaient le lait étaient atteintes de fièvre aphteuse. Chez les deux enfants, la maladie fut très grave. Elle dura trois semaines.

(1) Cité par ROCHÉ, *Progrès Médical*, 15 Novembre 1902.

(2) PÊTRE, *Thèse Paris* 1894.

OBSERVATION XI (1).

Au cours des mois de Novembre et Décembre 1890, j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service, plus d'enfants atteints de stomatite aphteuse que je n'en vois d'habitude. Les petits malades venaient de la rue Saint Jacques, de la rue d'Allemagne, de Levallois-Perret et de Boulogne-sur-Seine. A ce moment la fièvre aphteuse sévissait sur les bêtes à cornes des environs de Paris, surtout du côté de Boulogne-sur-Seine. Les données statistiques suivantes qui m'ont été obligeamment fournies par M. Bezançon, sont très instructives.

Du 17 au 30 Novembre, 6 vaches ont été contaminées à Boulogne-sur-Seine.

Du 2 décembre au 5 janvier 1891 une vacherie a été envahie à Bobigny, une à Boulogne, deux à Levallois-Perret, six à Paris (rue St-Sébastien, rue Cardinet, rue d'Allemagne, rue Nicolle, rue de Flandre, rue St-Jacques). Un bon nombre de mes malades venaient des quartiers indiqués; trois de ces enfants amenés de Boulogne, avaient été alimentés avec le lait des vaches contaminées; chez deux autres, dont les parents habitaient la rue Saint-Jacques, la même particularité fut relevée.

OBSERVATION XII (2)

J'ai l'honneur de solliciter l'attention de l'Académie pour l'entretenir brièvement d'une observation qui est

(1) OLLIVIER, *Revue des maladies de l'enfance*, 1892.

(2) JOSIAS, Fièvre aphteuse chez un enfant de treize mois. *Bulletin de l'Académie de médecine* 1902, séance du 27 mai, p. 634.

de nature à l'intéresser, car elle constitue un exemple probant de la transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme.

Il s'agit d'un enfant de treize mois près duquel j'ai été appelé par mes confrères BROUSSE et COLLIN.

Cet enfant, né le 28 mars 1901, élevé au sein jusqu'à un an, a été soumis ensuite à une alimentation mixte, bouillies et lait de vache. Ce lait a été donné à l'enfant pendant le mois de mars, soit cru pour délayer ses bouillies, soit bouilli d'une façon insuffisante.

Il est tombé malade le 31 mars 1902 présentant une diarrhée légère, des selles molles et fétides.

Le 1^{er} avril l'enfant a perdu l'appétit; il refuse son biberon; il est moins gai; ses garde-robes, toujours molles, sont jaunes et accompagnées de glaires; la température centrale accuse 33° 9.

Le 2 avril, même état: les selles sont verdâtres, mais l'enfant avait pris la veille 0 gr. 15 de calomel. La fièvre a cessé et le thermomètre accuse 37° 5.

Les bouillies sont supprimées et l'enfant ne boit que du lait soigneusement bouilli.

Le 3 avril et les jours suivants, l'enfant présente des symptômes de gastro-entérite légère (vomissements, selles verdâtres) sans réaction fébrile.

Depuis le 3 avril, l'enfant ne boit que du lait stérilisé industriellement.

Le 8 avril, l'enfant est plus agité; il a un peu de fièvre: 37° 2 le matin, 37° 8 le soir.

Le 9 avril, la fièvre persiste plus intense: 38° 9 le matin et 38° 6 le soir.

Le 10 avril, apparition sur l'isthme du gosier d'une

vésicule blanche. Température: le matin $37^{\circ} 7$, le soir $38^{\circ} 6$.

Le 11 avril, fièvre persistante: $38^{\circ} 6$ le matin, $38^{\circ} 6$ le soir.

Le 12 avril, la gorge de l'enfant présente une coloration d'un rouge vif, sans nouvelle vésicule. Température: $39^{\circ} 8$ le matin, $39^{\circ} 6$ le soir.

Le 13 avril, la fièvre est plus marquée: $39^{\circ} 9$ le matin, $40^{\circ} 4$ le soir; l'enfant est abattu, somnolent, refuse toute boisson.

Apparition sur la muqueuse de la lèvre inférieure d'une grosse vésicule arrondie, globuleuse, opaline.

Le 14 avril, apparition de trois vésicules arrondies, opalines: deux sur les bords de la langue, une au niveau du frein.

La fièvre persiste: $38^{\circ} 6$ le matin, $38^{\circ} 8$ le soir.

Le 15 et les jours suivants, la fièvre est toujours intense et oscille entre $38^{\circ} 5$ et 40° . L'enfant est très abattu, a les yeux vagues, présente quelques secousses dans les membres, mâchonne ses lèvres et grince des dents.

Les ulcérations, consécutives aux vésicules aphteuses, sont grisâtres, circonscrites par une muqueuse simplement rosée et ont de la tendance à s'étendre; ces ulcérations sont irrégulièrement circulaires et sont toutes isolées, ce qui ne permet pas de les confondre avec les vésicules et les ulcérations herpétiques. L'enfant refuse son biberon.

Le 19, la lèvre inférieure est parsemée de petites ulcérations; près de la commissure gauche, sur la muqueuse de la lèvre inférieure existe une large ulcération grisâtre, continuellement irritée par les dents; les au-

tres ulcérations persistent sur les bords de la langue et sur son frein.

L'enfant est toujours abattu, grince des dents; ses yeux sont congestionnés; la langue est humide; la soif est nulle. Aucun vomissement à moins qu'il ne soit provoqué par l'antipyrine. L'abdomen est souple; la rate est normale. Les selles sont molles et jaunes, peu fétides; la diarrhée du début a cessé depuis plusieurs jours.

La fièvre persiste: $39^{\circ} 1$; le pouls est régulier: 150 pulsations. Les nuits sont agitées. Aucune complication pulmonaire ou cardiaque.

Le 20, même état. La fièvre tombe à $37^{\circ} 7$ et à 38° .

Le traitement a consisté dans les lavages de la bouche avec de l'eau de Vichy et dans l'attouchement de toutes les ulcérations aphteuses avec des collutoires au borax, à la résorcine, et enfin dans la cautérisation de ces mêmes ulcérations avec le sulfate de cuivre cristallisé.

En même temps que le traitement local de la bouche, nous nous sommes efforcés de déterger l'intestin avec des lavements d'eau bouillie et de soutenir les forces du petit malade avec du lait stérilisé additionné d'une petite quantité d'eau de Vichy.

Sous l'influence de ce traitement, la situation, un moment alarmante, s'est heureusement modifiée: les ulcérations ont bourgeonné et se sont cicatrisées, la fièvre a cédé, l'état général s'est amélioré et l'enfant a consenti à s'alimenter.

Je ne veux pas insister davantage sur l'évolution si particulière de la maladie; je me bornerai à dire qu'il me paraît certain que cet enfant, âgé de 13 mois, a été atteint de fièvre aphteuse.

Cette fièvre aphteuse, caractérisée au début par des phénomènes généraux légers, a revêtu une allure grave à sa période d'état (vésicules aphteuses disséminées dans la bouche, grincement des dents, abattement, fièvre intense, etc.) et s'est terminée favorablement après des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

L'enfant avait été nourri au sein jusqu'à l'âge d'un an; il ne buvait du lait de vache que depuis quelques jours; il était donc intéressant de connaître la provenance de ce lait et de savoir sous quel état l'enfant l'avait consommé. On avait bien recommandé de ne lui donner qu'après cuisson; mais, comme il arrive trop souvent, la bonne retirait le lait du feu dès qu'il « montait » c'est-à-dire sans prendre la précaution de briser la croûte qui se forme pendant le chauffage par la dessiccation de la couche superficielle et que soulèvent les gaz mis en liberté, bien avant que la température de 100° soit atteinte.

D'autre part, quand les bouillies préparées pour l'enfant semblaient trop épaisses, on les délayait avec une certaine quantité de lait cru. Le lait consommé par l'enfant pouvait donc fort bien lui avoir transmis la fièvre aphteuse s'il provenait d'une vache atteinte de cette maladie.

Désireux de résoudre cette question, je me suis rendu chez le nourrisseur qui avait fourni le lait suspect; il m'a été impossible d'en tirer un renseignement précis. Je me suis alors adressé à M. DUPRÉZ, chef du service de l'inspection vétérinaire sanitaire à la Préfecture de police, en le priant de rechercher si la vacherie suspectée n'avait pas eu de cas de fièvre aphteuse à l'époque où mon petit malade avait bu du lait en provenant.

La réponse de M. DUPREZ fut affirmative: la fièvre aphteuse a sévi dans cette vacherie; le 18 mars 1902, un arrêté du Préfet de police la déclarait infectée et la soumettait à la surveillance du Service sanitaire; à la date du 23 avril, cet arrêté n'était pas encore rapporté.

Cette constatation donnait à notre observation la valeur d'un fait expérimental: l'enfant sevré dans le courant de mars et nourri de bouillies et de lait de vache; le lait est pris cru ou insuffisamment cuit; après quelques jours de cette alimentation artificielle, l'enfant montre les signes d'une affection grave dont l'évolution rappelle invinciblement à l'esprit celle de la maladie aphteuse; l'enquête établit qu'à l'époque où l'enfant a été mis au lait de vache, la vacherie dont ce lait provenait était l'objet d'un arrêté d'infection pour cause de fièvre aphteuse; il est impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre l'infection de l'étable et la maladie dont l'enfant a été atteint.

En effet, rien n'est mieux établi aujourd'hui que la contagion de la fièvre aphteuse de la vache à l'homme. La contagion s'opère, soit par l'inoculation directe du contenu des aphtes, soit surtout par l'ingestion du lait cru provenant de vaches dont les trayons portent des aphtes. Je ne rappellerai pas ici les faits très nombreux qui le prouvent; ceux de nos confrères que la chose intéresse pourront consulter avec fruit le Traité des maladies microbiennes de MM. NOCARD et LECLAINCHE (2^e édition, p. 410 et suivantes).

Le fait que nous rapportons aujourd'hui montre une fois de plus le danger pour l'homme et surtout pour l'en-

fant de l'usage alimentaire du lait cru provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse.

L'enfant dont il s'agit a guéri, mais il a été gravement malade et pendant plusieurs jours il nous a causé de réelles inquiétudes; d'autres, moins heureux, ont succombé, en dépit des soins qui leur avaient été prodigués.

Il m'a semblé que de tels faits portaient en eux leur enseignement. Ils montrent une fois de plus combien est justifiée la pratique encore trop peu répandue, hélas! qui consiste à ne donner aux enfants que du lait stérilisé ou bouilli; ils montrent, en outre, que les Lois et Règlements sanitaires applicables aux animaux ne tiennent pas suffisamment compte des dangers que ces animaux font courir à l'homme; le législateur paraît s'être uniquement préoccupé des moyens d'empêcher la propagation de la fièvre aphteuse; il semble n'avoir pas songé qu'elle pouvait se transmettre à l'homme; aucune de ses prescriptions, pourtant si nombreuses et si minutieuses, ne vise l'usage alimentaire du lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse. C'est une lacune regrettable qu'il serait urgent de combler.

Je demande à l'Académie de Médecine d'émettre le vœu que les Règlements sanitaires n'autorisent la vente du lait produit dans les vacheries où sévit la fièvre aphteuse qu'après qu'il aura été, en totalité, bouilli ou pasteurisé à 85°.

OBSERVATION XIII (1).

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, robuste et de bonne

(1) WILLIAM BLIGH, *The Lancet*, 1895, T. II, p. 1355.

santé habituelle qui le matin du 18 juillet se plaint de dysphagie; la bouche était un peu sèche. L'enfant se rend à l'école et ne présente rien de particulier au cours de la journée.

Le 19 au matin, mêmes phénomènes; douleurs à la déglutition, bouche sèche, mais cette fois la mère remarque que les lèvres sont un peu soufflées et que les yeux sont rouges et larmoyants. Elle constate également la présence de petites vésicules à l'intérieur de la bouche.

Le 20 juillet, ces éléments ont augmenté de nombre; en même temps de petites plaques rosées apparaissent sur les mains. Comme la bouche est très sèche et que l'enfant se plaint d'éprouver une soif très vive, on lui donne une solution d'alun pour se rincer la bouche.

Les 21 et 22, mêmes symptômes, mais plus accusés. Toutefois, jusqu'à cette date, l'enfant ne présentait aucun malaise général.

Mais voici que le 23, il devient fiévreux, grognon, triste et c'est alors qu'on se décide à me faire venir. Il est évident que le petit malade n'est pas dans un état de santé fort brillant; il est pâle, anorexique, apathique; le pouls bat lentement (54 à la minute), la température est assez élevée: 39°. Les lèvres, très enflées sont parsemées de vésicules rompues, montrant un fond grisâtre, à bords surélevés. La langue semble être desquamée de son épithélium, ses bords gardent la marque des empreintes dentaires, mais elle ne présente pas d'épaississement. Le palais est rugueux, recouvert d'un enduit, sous lequel se dessine une éruption miliaire grisâtre: ce sont des lignes irrégulières, serpigineuses analogues à celles de l'herpès palatin. On retrouve une éruption sem-

blable à gauche de la lnette, sur les piliers et quelques vésicules dans le rhinopharynx. L'haleine est extrêmement fétide, la sialorrhée abondante. Les paupières sont épaissies et laissent sourdre du muco-pus qui forme des croûtes sur leurs bords libres. Voilà qui ressemble à de la blépharite eczémateuse. Une vésicule existe également à l'entrée des narines. Sur chaque main, il y a quelques éléments semblables, du diamètre d'une plume d'oie, contenant un liquide séreux mais clair; ces vésicules sont bordées d'une étroite auréole hyperhémiee. L'éruption ne dépasse pas la face palmaire; elle est discrète et on ne la retrouve pas sur les bras. J'ai compté 45 vésicules sur la main droite; rien sur le reste du corps, pas d'adénite. Les urines sont normales.

Je donne au malade une potion contenant du perchlorure de fer, du sulfate de quinine et du chlorate de potasse; la bouche est lavée avec de la liqueur de Condy; les yeux sont baignés régulièrement dans une solution d'acide borique et les paupières sont enduites avec gros comme un pois de pommade à l'oxyde jaune de mercure. Je recommande de donner en abondance de la nourriture liquide et deux verres de Porto par jour.

Le 24 juillet, je ne constate aucune amélioration; le tableau clinique m'inquiète; le malade est dans un état profond de prostration. Les lèvres enflent toujours, du pus s'échappe des paupières. L'enfant bave continuellement une salive épaisse et ne se réveille que pour accepter de la nourriture, après quoi il retombe dans le plus profond sommeil. Le pouls reste lent (56), la température dépasse 39°. Un peu décontenancé, je prescris une purge et fais continuer le traitement précédent. Dans

trois tubes capillaires à vaccin, je prélève de la sérosité des vésicules de la main et j'envoie le tout au Laboratoire clinique de Recherches bactériologiques (1).

Le 25, deux ou trois vésicules situées sur les doigts, éclatent et présentent un caractère hémorragique. Jusque-là, les fonctions intestinales furent normales. L'haleine est moins fétide.

Le 26, amélioration notable: la langue se décape, l'appétit revient, et la prostration diminue; l'enfant commence à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui. La température tombe, le pouls reste lent, les lèvres montrent une granulation de bon augure. Sur la langue, je constate la présence de quelques îlots d'épithélium normal; les vésicules sèchent.

Le 28 juillet, le petit enfant se porte bien; la température est tout à fait tombée et dès lors la convalescence marche à grands pas. Le pouls lent fut le dernier signe qui disparut.

Concluons: à mon avis, le diagnostic ne comportait aucune difficulté. En effet, dressons une liste des « maladies à vésicules »; nous trouvons, variole, varicelle, rash vacciniiforme, l'herpès, l'érythème bulleux, le pemphigus, la « maladie de la main et de la bouche d'HUTCHINSON ». Cette dernière a pour proche parente la « maladie des pieds et de la bouche » des animaux. Ces deux affections se distinguent par des caractères particuliers, ne seraient-ce que le rash, l'évolution et la fièvre.

La source de l'infection demeure un mystère, les vaches qui fournissaient le lait à la famille, ne présen-

(1) Le compte rendu de cet examen est donné page 48.

taient pas de maladie et dans le voisinage il n'y avait ni porcs, ni moutons malades.

OBSERVATION XIV (1).

Si je publie cette observation, c'est dans le but de contribuer à l'étude de la transmission des maladies épidémiques des animaux à l'homme. Ces cas sont fréquents et bien connus, mais il est des affections très discutables au point de vue contagion, parce qu'elles sont rares, peu étudiées et faciles à confondre.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, vigoureuse. Elle vient à mon cabinet et se plaint de lassitude, d'anorexie; elle présente une température anormale, étant donné son état général plutôt satisfaisant. La malade se plaint d'avoir la bouche sèche, de mourir de soif et de ressentir une grande fatigue dans les membres.

Je la revois à son domicile; elle est obligée de se tenir dans une pièce obscure, parce qu'une conjonctivite a éclaté et qu'elle ne peut supporter la moindre lumière. Elle présente en même temps du coryza et une petite toux férine; quelques bourdonnements d'oreilles complètent le tableau. Sur la face et le cou, commence à apparaître très discrètement une sorte de roséole, ou plutôt un rash par placards. Je crois avoir affaire à un début de rougeole; il est vrai que la malade l'avait eu déjà. Thérapeutique anodine.

Nouvelle visite le lendemain. La conjonctivite a considérablement augmenté; les paupières sont un peu œdé-

(1) JOHN GLAISTER, de Glasgow, *The Lancet*, 1896, T. 11, p. 872.

matières, l'œil est atone et le coryza coule en abondance. La pituitaire est congestionnée et des croûtes encombrant les narines. La malade présente des douleurs à la miction, elle n'a jamais eu de pertes antérieures. Sensation de chaleur vaginale, vulve plus colorée que normalement. Le rash s'est développé surtout sur le cou. La température croît, le sommeil est impossible, la nervosité extrême contrastant avec l'abattement des premiers jours.

J'insiste beaucoup sur l'éruption qui m'a fait diriger le diagnostic dans une mauvaise voie.

Nous pouvons dire en somme, que le premier jour, ce sont des symptômes généraux qui dominent la scène; le second jour l'éruption apparaît accompagnée de l'erreur de mon diagnostic.

Le troisième jour, ce symptôme éruptif passe au second plan, et ce sont les muqueuses qui « se plaignent ». La malade souffre de la bouche; sa cavité buccale présente une muqueuse rouge, enflammée, œdématisée, il semble qu'on lui ait lavé la bouche avec une solution concentrée d'acide; en tous cas, ce n'est pas un rash interne. L'inflammation s'étend sur les lèvres, empiète même un peu sur le pourtour de la bouche et présente une allure herpétique. La langue, un peu rôtie, est manifestement augmentée de volume; il semblerait presque qu'on puisse y imprimer un petit godet, elle est pâteuse, paresseuse. La déglutition des liquides est très difficile. Le rash descend sur les avant-bras; il se compose de petites plaques arrondies et surélevées: ce sont des papules. Celles-ci, petit à petit, empiètent sur la paume des mains et la plante des pieds, on les retrouve aussi

sur la face interne des doigts et des orteils. Ces papules sont rosées et ne disparaissent pas par vitro-pression leur caractère est purpurique.

Tous ces symptômes réunis: la fièvre, la conjonctivite, les décharges aqueuses profuses par le nez et les yeux, l'œdème buccal et lingual, l'éruption, qui sans conteste, présente une physionomie spéciale, tous ces signes montrent qu'il y a autre chose qu'une affection banale, nettement cataloguée dans la littérature médicale. En vingt ans d'expérience et de pratique, on acquiert un certain sens qui vous permet de sentir par intuition si l'on a affaire à une anomalie ou à une nouveauté. Je profite de cette circonstance pour porter à la connaissance du monde médical, cette observation que j'avais étiquetée au début (après un diagnostic passager de fièvre éruptive en évolution), stomatite à caractères très spéciaux et présentant des signes surajoutés qui ne sont pas des épiphénomènes, mais constituent de réelles entités morbides.

J'ai songé aussitôt à la fièvre aphteuse et je n'ai pas hésité à interroger des vétérinaires compétents qui ont examiné beaucoup de bestiaux atteints de cette maladie. Nous avons, de concert, dirigé une enquête étiologique, mais il nous fut extrêmement difficile, étant donné qu'on ignore la durée de la période d'incubation, de savoir ou d'affirmer qu'il y avait eu contagion directe ou indirecte. Cependant, la malade aimait énormément le lait bourru, trouvant au lait cuit un tout autre goût; aussi absorbait-elle chaque jour des quantités respectables de lait cru.

Mais reprenons notre observation. La température,

jusqu'au quatorzième jour fut assez élevée, oscillant entre 38° 5 et 39°, puis tomba brusquement le vingt et unième jour. Pendant toute cette période, la conjonctivite évolua. Nous pouvons même dire que nous avons suivi l'évolution de la maladie par celle de la conjonctivite: forte fièvre, forte conjonctivite, d'iffervescence, arrêt de l'écoulement. La malade était dans l'impossibilité absolue de pouvoir supporter la moindre lumière et cela jusqu'au dixième jour. Puis progressivement la photophobie diminua et l'inflammation disparut. En même temps que l'œil pleurait, le rash envahissait les joues, le front, le cou surtout à gauche, côté où précisément la conjonctivite se manifestait avec plus d'intensité.

En ce qui concerne l'éruption, ce fut d'abord une roséole un peu sombre évoluant soit vers la forme papuleuse avec bords surélevés rouges, ne disparaissant pas à la pression, soit vers la forme vésiculeuse. Quelques vésicules éclatèrent et leur fond rompu était nettement induré. Les ulcérations consécutives avaient une forme variable; elles étaient plutôt superficielles et offraient une teinte rougeâtre. Celles des lèvres étaient les plus douloureuses. Celles qui occupaient la région gingivolabiale persistèrent très longtemps, jusqu'à la fin de la cinquième semaine.

Sur les avant-bras, le rash fut suivi également d'une poussée vésiculeuse, dont quelques éléments accuminés contenaient en leur intérieur un liquide citrin, plus rarement purulent. La chute épithéliale fut suivie de la formation d'une croûte. Ce fut aux régions palmaires et plantaires que les vésicules furent le plus nombreuses.

L'état général fut en somme assez satisfaisant et il ne semble pas qu'il y eut des complications internes. La malade a pu sortir avant la terminaison complète de sa maladie.

Comme ce cas semblait avoir une certaine importance au point de vue contagieux, je demandai en consultation le Docteur J.-B. RUSSELL (*senior medical officer of health of Glasgow*.) Son diagnostic fut identique au mien. Il fit une enquête au sujet du lait consommé dans le ménage, mais il n'est pas toujours facile de donner son origine.

Depuis la malade a toujours été en état de parfaite santé.

OBSERVATION XV (1).

Mathilde B..., Orliac-de-Bar (Corrèze), 3 ans. Bonne santé habituelle. Nous la voyons le 26 septembre 1899. A ce moment elle porte sur la lèvre inférieure de petites ulcérations au nombre de six.

L'appétit a diminué sensiblement depuis quelques jours. Le pouls est fréquent, très irrégulier. La température est de 38° 7. Nous apprenons ce même jour que, dans l'étable de la malade deux vaches sont atteintes de cocotte et que le lait de ces animaux a servi à l'alimentation de l'enfant. On l'a fait bouillir à peu près régulièrement; mais la mère n'est pas sûre que cette précaution ait toujours été prise.

Notre diagnostic s'affirme dans le sens de la fièvre aphteuse transmise par le lait.

(1) VIALLE, Thèse Toulouse, 1900.

OBSERVATION XVI (1).

Renée T..., 5 ans, se réveille, le 25 octobre 1900 avec un léger malaise; sa mère aperçoit derrière l'oreille gauche trois petites taches rouges qui ressemblent à des piqûres d'insectes; les taches, d'un rouge vif et de petites dimensions, s'ombiliquent dans la soirée et forment une vésicule opaline.

L'examen du corps en montre quelques autres également, principalement sur le dos et dans les régions axillaires.

Le 26, généralisation de l'éruption sur le tronc, la face, le cuir chevelu, les membres supérieurs, les doigts mêmes; minimum d'intensité sur les membres inférieurs. D'autre part, fièvre, sialorrhée, dysphagie, aphtes buccaux; le 3 novembre, guérison complète.

L'auto-inoculation faite le 29 au bras de l'auteur a donné le lendemain trois pustules de même nature que les lésions suspectes. L'une d'elles, légèrement surélevée, renfermait une quantité appréciable de liquide séropurulent et fut le siège d'un léger prurit. La desquamation se fit le troisième jour.

OBSERVATION XVII (2)

D^r LANDEL, Blandy (Seine-et-Marne).

Je fus appelé, le 8 août 1900, chez Mme V... pour

(1) HOUSSAY, *Gazette médicale du centre*, 1900.

(2) *Journal de Lucas Champicnnière*, 10 septembre 1900.

voir son nourrisson, l'enfant B..., âgé de 2 mois. Enfant chétive, que j'ai vue plusieurs fois depuis son arrivée chez la nourrice. Elle est au lait stérilisé. Le lait, fourni par la grand'mère de l'enfant, est stérilisé scrupuleusement. Les tétines, les bouteilles et tout le matériel ont toujours été dans un parfait état de propreté. Je constate chez cet enfant une diarrhée jaune assez abondante. Pas de vomissements.

L'enfant prend bien le biberon. Pas de fièvre.

Je prescris de diminuer la quantité de lait ingéré. Eau de Vichy. Le 10, même état; selles moins abondantes, toujours jaunes. Le 12, on vient me chercher précipitamment la nuit. Je trouve l'enfant avec un facies grippé, livide. Diarrhée profuse, couleur jaune d'or. Treize selles dans la nuit. Pas de vomissements. Température rectale: 38°. Je prescris la diète hydrique. C'est alors que me voyant m'enquérir de la propreté des bouteilles, des détails de stérilisation, etc., la grand'mère, Mme C... m'avoue que deux de ses vaches sur quatre sont malades; elles ont la fièvre aphteuse. Elle a continué à fournir le lait pour son enfant persuadée que rien de fâcheux n'en pouvait survenir.

En même temps la nourrice me montre son enfant, âgé de 18 mois, lequel boit le même lait que le nourrisson, sans être bouilli. Il présente une abondante éruption d'aphtes sur la face interne des lèvres et sur le voile du palais. Fièvre: 38° 7.

Le 13, au matin, je fais cesser la diète hydrique, qui ne donne aucun résultat et je fais mettre l'enfant au sein. Mais elle est déjà moribonde et s'éteint la nuit suivante à 3 heures du matin.

OBSERVATION XVIII (1).

P..., âgé de 65 ans, vient me trouver le 16 septembre 1900 pour des ulcérations très douloureuses, qu'il a dans la bouche et qui le gênent surtout quand il essaye de prendre des aliments solides. En interrogeant le malade, nous apprenons que depuis une huitaine de jours il est un peu souffrant. Le 9 septembre, il a eu des frissons répétés, un peu de fièvre; son appétit a diminué; il n'a jamais cessé de travailler. Le 12, sa muqueuse buccale devient douloureuse. Le 14, il s'aperçoit qu'il a des boutons dans la bouche. Le 16, les vésicules ont disparu, mais elles ont donné naissance à des ulcérations qui lui causent une douleur beaucoup plus vive.

Nous constatons deux ulcérations à fond grisâtre, entourées d'un bourrelet rouge, siégeant à la face interne de la lèvre supérieure. Elles ont à peu près un centimètre de long, sur 1/2 centimètre de large. Sur la langue, nous voyons également deux petits ulcères jaunâtres; à la partie moyenne du voile du palais, une grande ulcération à bords très rouges et irréguliers; elle paraît profonde, sécrète un pus jaunâtre.

La salivation était abondante. Pas d'autres symptômes. Pas de fièvre.

Comme nous savions que la cocotte sévissait dans le village, nous interrogeons notre malade dans ce sens.

Il nous dit que ses vaches ont été malades et qu'il n'en s'est abstenu de boire leur lait que pendant trois jours, quand elles avaient des vésicules au niveau des trayons;

(1) BONTANT, Thèse Paris, 1901.

le reste du temps, il s'en est servi sans le faire bouillir.

OBSERVATION XIX (1).

En mai 1906, la fièvre aphteuse sévissait dans les Deux-Sèvres et, nous avons eu l'occasion de voir et de suivre un enfant atteint de stomatite aphteuse qu'il avait probablement contractée en buvant du lait que la mère n'avait pas eu la précaution de faire bouillir, le père trouvant cette précaution inutile.

Marcel M..., 10 mois est pris le 28 mai 1906 de fièvre et devient triste. Il ne prend que difficilement le lait qu'il buvait plutôt avec avidité les jours précédents. Il crie à tout instant et sans cause et c'est ce qui décide la mère à nous faire demander.

Le 29, l'enfant crie dès qu'on lui présente le biberon, sa température est de 38° 3. Il a quelques vomissements dans la journée et le soir il a une selle jaune et diarrhéique.

Le 30, la sécrétion salivaire s'accroît et nous constatons que la bouche, qui n'avait rien présenté d'anormal jusqu'alors, est le siège de petites taches rouges un peu surélevées et siégeant sur la langue à la face interne des joues. La diarrhée persiste. Les vomissements ont disparu. La température est de 38° 6.

On fait dans la journée des lavages de bouche. Le lendemain nous constatons la présence de petites vésicules transparentes, au nombre de huit et ayant le même siège que les plaques rouges précédemment constatées.

(1) CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN, Thèse Paris, 1910.

La température est de 38°. L'état général de l'enfant est toujours le même.

Le 1^{er} juin, la plupart de ces aphtes étaient déjà ulcérés et ces ulcérations se cicatrisaient les jours suivants en même temps que l'état général redevenait excellent. Gargarisme à l'eau oxygénée et au chlorate de potasse. L'enfant n'eut pas d'aphtes sur les mains. Il eut une petite plaie semblable à une ulcération entre le premier et le deuxième doigt de la main gauche, et la mère nous assura que cette ulcération avait été précédée d'une vésicule. Mais n'ayant pas vu cet aphte, nous-même d'autre part, trouvant bien rapide son évolution en douze heures, nous ne pouvons affirmer le fait que nous tenions cependant à signaler.

Quoi qu'il en soit, l'enfant a parfaitement guéri, et le Dr G... que nous remplacions et à qui nous parlâmes de ce cas, pensa à la fièvre ahpteuse et, c'est ce qui nous fit faire l'enquête qui nous apprit l'existence de la maladie sur les bêtes qui donnaient le lait dont se nourrissait l'enfant.

OBSERVATION XX (inédite).

Docteur D..., 27 ans, mange le 25 octobre du fromage frais et de la crème. Deux jours après, il présente une anorexie marquée, qui va sans cesse progressant, au point d'arrêter à peu près complètement l'alimentation.

A ce moment, il ne constate pas d'autres signes, pas de température, pas de malaises généraux. Peut-être semble-t-il avoir un peu d'œdème douloureux au niveau

de la région gingivale comprise entre la canine gauche inférieure et l'incisive voisine.

Le 31 octobre, quelques malaises dans l'après-midi, courbature, un peu de céphalée diffuse, en somme très peu de chose. Mais à 8 heures du soir survient un grand frisson solennel avec claquements de dents et tremblement pendant une demi-heure. Inquiet, il prend sa température T: 38° 5. Cependant la nuit est bonne.

Le lendemain, il se lève dispos et se croit guéri. Alors qu'il procède au nettoyage de ses dents, il ressent une vive douleur au contact de la brosse. Il examine sa bouche et constate qu'il existe un décollement de tout le rebord gingival inférieur au niveau du collet des dents; les régions gingivales interdentaires sont enflées et très douloureuses. Si on appuie à ce niveau, il en sort un peu de pus. Il y a de l'adénopathie sous-maxillaire, les ganglions ont le volume d'une noisette. Le malade est prostré. Le tableau clinique rappelle celui d'une gingivite ulcéreuse. Pas de vésicules, rien au pharynx T: 38°.

Dans la journée du 1^{er} novembre, la lassitude va croissant. L'anorexie est alors complète; la céphalée apparaît, accompagnée de courbature et de quelques frissons T: 40°.

Pendant la nuit suivante le malade est très agité; il commence à présenter de la salivation.

Le lendemain 2 novembre la température est élevée: 39° le matin et 40° 3 le soir. La gingivite s'est généralisée à la gencive supérieure, tuméfaction accentuée des rebords gingivaux avec œdème et rougeur. Pas de vésicules nettes.

Le 3 novembre T: 39° 2. Les vésicules commencent

à naître dans toute la bouche mais disparaissent rapidement. Ce stade vésiculeux est très rapide; il dure environ 2 heures. Le malade en compte une dizaine sur les bords et à la pointe de la langue; leurs dimensions varient entre celles d'une tête d'épingle en acier et celles d'une épingle en verre. Puis ces vésicules apparaissent successivement sous la langue, sur les rebords gingivaux; il en existe une vingtaine sur le voile du palais et la voûte palatine; elles sont très douloureuses; la déglutition des liquides est impossible. La salivation est alors « effrayante ». Les ganglions sous-maxillaires sont maintenant du volume d'une petite noix. Les symptômes généraux se traduisent par de l'arthralgie diffuse sans gonflement, de la myalgie et de la céphalée. Les urines sont rares et foncées mais ne présentent pas d'albumine. T du soir: 40° 1.

Le 4 novembre, mêmes symptômes. De nouvelles vésicules naissent dans toute la bouche; celles de la veille se sont transformées en ulcérations jaunâtres et suintantes; leur rebord est rouge. A la pointe de la langue, et au niveau de la voûte palatine les ulcérations se sont réunies. Les gencives et même la luette ne sont que vastes ulcérations T: 40°.

Le 5 novembre, l'examen laryngoscopique décèle la présence d'une douzaine d'ulcérations dans les fosses glosso-épiglottiques et sur le versant lingual de l'épiglotte; les liquides déglutis causent une sensation de brûlure intense pendant leur parcours œsophagien. Les gencives ont augmentées considérablement de volume au point de recouvrir la moitié des dents; en arrière les dernières molaires sont surplombées et recouvertes par

les gencives ulcérées. L'haleine est très fétide, la salivation toujours considérable. Le malade ressent de très vives douleurs articulaires au niveau des genoux et de la colonne vertébrale.

Le 6 et le 7, nouvelles poussées de vésicules; à son tour la langue a augmenté de volume; sa pointe et ses bords sont complètement ulcérés; elle présente une vaste ulcération à contours polycyclique du fait de la confluence des aphtes. Les douleurs sont intolérables. L'insomnie est complète depuis trois nuits. T: 39° 5 à 39° 8.

Le 8 novembre arrêt de la vésiculation. La température commence à décroître: 39° le soir.

Le 9, le malade ressent une grande amélioration dans son état général. Les urines sont toujours foncées, mais sans albumine T: 38° 2 à 38° 8. Les ulcérations se cicatrisent lentement, mais l'œdème persiste toujours. Les languettes gingivales séparant les dents ont été littéralement rongées et ont disparu. Chaque collet dentaire renferme du pus. En arrière et soulevant les gencives qui recouvrent les molaires, la pression fait sourdre du pus et des débris épithéliaux; cet attouchement est très douloureux. Le malade commence à s'alimenter, mais très difficilement. La céphalée et l'arthralgie ont cessé peu à peu.

Les 9 et 10, chute de la température en lysis à 37° 5 où elle se maintiendra pendant les quatre à cinq jours qui suivent. Enfin les symptômes généraux ont complètement disparu.

Par contre, les signes locaux ont persisté très longtemps. Les aphtes isolés se sont bien cicatrisés mais la guérison de la pointe de la langue a demandé cinq jours,

celle de la voûte palatine quinze jours environ. Les rebords gingivaux de la région molaire sont restés tuméfiés pendant un mois empêchant toute mastication, et cela malgré tous les soins locaux employés (iode, protargol, etc...) Les gencives n'ont repris leur configuration normale qu'au bout de trois mois à compter de la fin de la maladie.

Il n'y a pas eu d'autres localisations vésiculaires que celles rapportées dans cette observation.

La perte de poids a été de 10 kilogrammes pendant les dix jours de la période aigüe et les premiers jours de la convalescence.

Il n'y a jamais eu de symptômes pulmonaires ou cardiaques. Seule, la rate a été un peu grosse.

OBSERVATIONS XXI et XXII (personnelles).

P.-B. âgé de 18 mois. Bonne santé habituelle; a eu en mai dernier une rougeole banale ayant évolué sans complications.

Le 13 septembre 1913 l'enfant devient grognon, présente de l'anorexie. Il ne prend qu'un peu de lait bouilli, celui-ci est d'ailleurs mal toléré et il est bien rare que le petit malade ne le vomisse pas aussitôt après l'avoir absorbé. La mère de l'enfant lui prend sa température; le thermomètre accuse 38° 5. A ce moment apparaît de la diarrhée: ce sont des selles très liquides se répétant jusqu'à dix fois par jour.

A cette date, un vétérinaire est appelé pour examiner une vache malade, appartenant à l'étable qui fournissait

le lait au petit malade et à sa famille: l'animal est reconnu atteint de fièvre aphteuse.

Jusqu'au 21 septembre, l'état général de l'enfant reste stationnaire, mais le lendemain, sa mère le surprend en train de lécher et d'essayer de mordre le pas de la porte; la température plutôt froide de la pierre paraissait calmer les douleurs que présentait le malade depuis la veille au niveau du palais. La mère surprise, croyant avoir à faire à une éruption dentaire examine la bouche de son enfant; c'est alors qu'elle trouve la muqueuse buccale parsemée d'une quinzaine de petites vésicules. Celles-ci sont surtout localisées à la pointe de la langue et sur les gencives. La sialorrhée n'apparaît qu'à ce moment, le soir même. Sous la langue de nouvelles vésicules naissent au voisinage du frein; elles sont confluentes.

Le 23 septembre, mêmes symptômes, les ulcérations sont alors nettement constituées. Des aphtes se développent encore sur la face interne des lèvres. Les gencives sont très ulcérées et saignent au moindre contact. Une adénopathie sous maxillaire, marquée surtout à droite existe à ce moment. Les ganglions, au nombre de trois ou quatre sont du volume d'une noisette.

Puis ce sont de nouvelles poussées vésiculaires pendant les 24 et 25. Les urines sont rouge foncé, rares, mais ne contiennent pas d'albumine. Depuis cinq à six jours, l'alimentation est presque suspendue. Les ulcérations se cicatrisent lentement et ce n'est qu'aux premiers jours d'octobre qu'on peut constater leur guérison définitive. La température, qui au cours de la période aigüe est montée à 39° 8 est maintenant normale. Mais l'enfant présente encore de l'asthénie, il ne peut se tenir solide

sur ses jambes. La perte de poids a été de deux kilogs et demi.

Nous l'examinons le 27 octobre; la convalescence a tiré en longueur; ce n'est que très lentement qu'on a pu reprendre l'alimentation tellement la dysphagie semblait tenace. A l'heure actuelle il persiste encore de la pâleur anémique des téguments.

Autre observation. — Marie C..., âgée de 20 ans, appartient à la famille du petit malade précédent et habite avec lui. Cette jeune fille a bu du lait crû jusqu'au jour où la fièvre aphteuse s'est déclarée dans l'étable.

Le 23 septembre apparaissent des malaises généraux; quelques petits frissons, bouche sèche, anorexie à peu près complète.

Le 29, la cavité buccale est le siège de vives douleurs. Deux ou trois petites vésicules existent au niveau du bord interne de la lèvre inférieure; le soir même elles sont complètement ulcérées. La température monte à 38° 7.

Le lendemain, après une nuit mauvaise, nouveaux aphtes sur la voûte palatine et les bords de la langue; on en compte environ une vingtaine; leur dimension est celle d'une tête d'épingle en verre. La salivation est intense, la malade est obligée d'avoir constamment un mouchoir sur sa bouche. L'alimentation est impossible; on ne note pas de diarrhée. L'insomnie est complète.

Le 30, une demi-douzaine d'ulcérations siégeant sur le rebord gingival droit se sont réunies par leurs bords. Les gencives surtout à droite sont tuméfiées. Adénopathie sous et rétro-maxillaire très marquée.

On donne à la malade une potion au salicylate de soude et on lui fait des attouchements avec du borate de soude et cocaïne.

La fièvre commence à tomber, les ulcérations se détergent peu à peu et le 5 octobre tout rentre dans l'ordre. L'alimentation est reprise, mais il persiste encore un peu de douleur à la déglutition et à la mastication.

Il n'y jamais eu d'éruption cutanée.

A noter un amaigrissement de dix kilogrammes environ.

OBSERVATION XXIII (inédite).

M. B..., vétérinaire à T..., (S.-et-L.), dit avoir eu pendant deux jours de la température et de l'insomnie. Puis les aphtes sont apparus et ont présenté la même évolution que chez les bovins. Douleurs buccales internes; déglutition très pénible..

L'évolution des aphtes a duré une quinzaine de jours. Le malade a présenté en même temps au niveau de l'ongle du médius droit un aphte véritable qui se serait cicatrisé au bout d'une huitaine de jours.

OBSERVATION XXIV.

(Communiquée par M. TISSOT, médecin-auxiliaire au 133^e Régiment d'Infanterie, et due à l'obligeance de M. le Professeur LESIEUR).

Georges T..., 17 ans, élève interne au Lycée de Bourg. Bonne santé habituelle.

La maladie débute brusquement au début de juillet 1913 et se traduit alors par une sensation de picotement à la pointe de la langue.

Le lendemain, apparaît sur cette région, une petite ulcération ovalaire, recouverte d'un exsudat blanchâtre, très douloureuse au contact des dents et des aliments (surtout les mets vinaigrés et épicés). La mastication est de ce fait rendue difficile. Pas de fièvre, céphalée légère, salivation peu abondante.

Le médecin traitant prescrit alors des cautérisations au nitrate d'argent. Cependant l'ulcération linguale augmente de volume et trois jours après le début de la maladie de nouveaux aphtes apparaissent par les bords de la langue. A ce moment légère réaction fébrile; quelques ganglions sont perçus dans la région sous-maxillaire. La céphalée augmente peu à peu et la moindre fatigue physique amène une sudation abondante. Sous l'influence de la quinine et des gargarismes à l'eau oxygénée, les ulcérations sont en voie de régression. On note un mieux sensible dans l'état général.

Mais brusquement après deux ou trois jours, les lèvres, les gencives et le pharynx sont envahis; la déglutition est excessivement douloureuse; la salivation devient intense obligeant le malade à cracher continuellement. L'alimentation est très difficile. La langue est saburrale, l'haleine fétide, l'adénopathie sous-maxillaire beaucoup plus prononcée. Température subfébrile avec sueurs abondantes; selles régulières; mais les urines sont réduites et fortes en couleur.

Enfin, trois semaines après le début de l'affection, les aphtes disparaissent. Le malade est très affaibli; amai-

grissement de 4 kilogs. Récidive légère quinze jours après la fin de la maladie.

L'étiologie est assez difficile à établir, car le malade ne prenait pas de lait cru, mais bouilli; comme crudités de la salade verte. Cependant une épidémie de fièvre aphteuse régnait dans la région.

OBSERVATIONS XXV XXVI XXVII XXVIII et XXIX
dues à l'obligeance de M. le Docteur JAMBON.

Mlle A. J., 21 ans, a présenté en octobre 1909 les symptômes suivants: fièvre violente 39° et même davantage, courbature, céphalée, rachialgie, langue suburrale pendant quarante-huit heures. Puis apparurent des aphles sur le voile du palais, la langue, les gencives, les lèvres. Ils offraient les dimensions d'une lentille environ, leur forme était plus ou moins régulière. Ces aphles présentaient un fond jaunâtre, à bords très rouges; la muqueuse située à la périphérie était congestionnée. L'évolution aphteuse a été environ de dix à douze jours, s'est accompagnée de vive douleur, gênant la déglutition et soumettant la malade à l'inanition forcée. La fièvre a duré quatre à cinq jours. Enfin la période de convalescence a été marquée d'asthénie très notable.

— Mlle P. J. sœur de la malade précédente; âgée de 19 ans a présenté à huit jours d'intervalle le même tableau clinique.

— M. Paul B., âgé de 11 ans, a présenté au mois de 1913, à Sainte-Foy-lès-Lyon, une fièvre aphteuse à type de stomatite comme ci-dessus.

— Mlle L. J., âgée de 15 mois, s'est rendue à Sainte-Foy au mois de juin dernier et n'y est allée qu'une seule fois. Au mois de juillet, cette enfant présente une stomatite aphteuse dans une région très éloignée de Lyon; c'était d'ailleurs un pays où l'observation était facile et dans lequel on n'a pas eu connaissance d'autre cas de fièvre ou de stomatite aphteuse chez l'homme et chez les animaux. Il faut ajouter que la petite malade ne buvait que du lait stérilisé.

— M. L. B., 42 ans, père de l'enfant, cité plus haut a eu en août 1913 une stomatite aphteuse classique à Sainte-Foy-lès-Lyon. Celle-ci a évolué normalement.

Et le Docteur JAMBON ajoute:

« Nous connaissons actuellement chez l'homme deux types de lésions aphteuses: l'aphte buccal revenant périodiquement chez les mêmes individus, isolé ou en très petit nombre, sans aucune réaction générale et qui n'a rien de contagieux; la stomatite aphteuse ou fièvre aphteuse de l'homme. L'infection aphteuse, maladie générale peut frapper sans doute d'autres appareils que la bouche, mais ces lésions sont encore trop peu connues et trop insuffisamment étudiées.

« Cette stomatite aphteuse revêt le même aspect clinique que chez les individus en contact avec les animaux aphteux que chez ceux qui s'en trouvent éloignés. Il est donc probable, qu'il s'agit chez les uns et les autres de la même maladie.

« Le lait ne semble jouer aucun rôle dans le cas que j'ai observés; il n'en serait pas de même dans la conta-

gion directe. Cependant l'incubation paraît être de durée variable: huit jours ou plusieurs mois.

« En tous cas, il s'agit d'une maladie infectieuse bien caractérisée et méritant une place à part dans les cadres nosologiques.

« Est-ce la même fièvre aphteuse que celle des bovins? Cela paraît douteux. »

TRANSMISSIBILITÉ PAR CONTACT DU VIRUS APHTEUX SUR LES MUQUEUSES ET PAR INOCULATION SOUS-CUTANÉE

OBSERVATION I (1).

Un enfant inoculé par M. BOUSQUET et moi, a eu de la fièvre le troisième jour et une éruption de vésicules analogues à celles de l'herpès, au-dessous de l'oreille, à la face interne de la lèvre inférieure et sur l'épaule: ces accidents se sont promptement dissipés. Notre collègue, M. LONDE, m'a cité un cas d'éruption à la face, survenue à la suite d'une semblable inoculation.

Enfin le fait suivant, qui m'a été rapporté par notre honorable collègue, M. GIRARD, mérite d'être noté. Un homme chargé de faire des injections dans la bouche d'une vache atteinte de fièvre aphteuse lui saisit la tête; l'animal lance de la bave à la figure et dans la bouche entr'ouverte de cet homme, et bientôt il est atteint d'une éruption aphteuse sur la langue.

(1) RAYER, *Archives de médecine comparée*, 1843.

OBSERVATION II (1).

La fille d'un fermier dont les vaches avaient été atteintes de cocotte au mois de juin et juillet, avait donné à manger à ses vaches et les avait traites. Bien qu'on eut évité dans la maison de boire du lait des vaches malades, cette jeune fille fut prise, après six semaines, de malaises, d'inflammation vive de la muqueuse buccale et de la langue. Celle-ci faisait saillie entre les arcades dentaires; il y avait une gêne très grande de la respiration, un écoulement fétide de salive et des ulcérations de la muqueuse. La langue resta tuméfiée pendant plus d'un mois et la déglutition, au bout de six semaines, était encore gênée. Les symptômes généraux présentèrent une gravité inquiétante.

L'auteur cite encore trois enfants qui avaient bu du lait de vaches malades et furent atteints d'une façon bénigne.

OBSERVATION III (2)

M. VISEUR, d'Arras.

Dans la commune de Marchier, chez M. DÉFONTAINE, dont toutes les bêtes bovines (36 environ) étaient atteintes de cocotte, j'ai pu observer un vacher dont la peau était couverte de vésicules, parce qu'en pratiquant la mulsion sur une vache dont les trayons étaient le siège d'une éruption aphteuse, il s'était gratté avec la main un

(1) BRISCOE, *British medical Journal*, 1872.

(2) VISEUR, *Recueil de médecine vétérinaire* 1872, p. 807.

bouton qu'il avait au visage. Ce vacher a été sérieusement malade pendant huit jours. D'autres faits du même genre, m'ont été communiqués par M. MAGNY, médecin à Ervilliers, qui souvent aujourd'hui, dans les localités infectées n'a plus à porter de diagnostic, les personnes pour lesquelles il est appelé le prévenant elles-mêmes qu'elles ont la maladie des vaches.

OBSERVATION IV (1).

D^r HULIN, de Louvain 1873.

« Le 17 décembre, je constatais sur un enfant de Vieux-Hervelé une inflammation très vive du gros orteil du pied droit et une phlyctène volumineuse à la face plantaire, là où l'épiderme est très épais. Cette phlyctène, ouverte par une incision, donna issue non pas à du pus comme je m'y attendais, mais à un liquide jaunâtre. L'épiderme enlevé laissa à découvert une ulcération superficielle à fond grisâtre, d'un aspect granulé, et entourée d'une auréole inflammatoire. Le père du jeune malade me dit qu'un autre de ses enfants, âgé de deux ans, avait présenté les mêmes symptômes, et en était mort. »

M. HULIN se rendant sur les lieux, put constater que la fièvre aphteuse régnait dans tout le village depuis plusieurs mois. Presque tous les bestiaux avaient été atteints. D'après les registres de l'état civil, dix enfants ou adolescents étaient morts dans l'espace de six semaines, avec des lésions de la gorge et des membres; treize

(1) Cité par BOULEY, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1873.

autres sont morts ensuite avec le mal de gorge et des pustules aux doigts.

A ces caractères insolites M. HULIN diagnostiqua la cocotte.

OBSERVATION V (1).

BOULEY, d'Avesnes 1873.

Un garçon de ferme, portant à la main une cicatrice, soignait des bœufs atteints de fièvre aphteuse. Il ne prit aucun soin pour mettre sa plaie à l'abri de la contagion. Un jour, il vit la plaie s'infecter et le bras augmenter de volume. La bouche devint le siège d'une éruption abondante, et d'une salivation continue. Les ongles des pieds et des mains se décollèrent par le même mécanisme que les ongles des animaux de l'espèce bovine et finirent par se détacher complètement.

OBSERVATION VI (2)

COLLIN, de Wassy 1876.

« Une épidémie de fièvre aphteuse sévissait dans l'arrondissement de Wassy.

M. le Sous-Préfet de Wassy m'avait confié la mission de me transporter dans toutes les communes de l'arrondissement où régnait la fièvre aphteuse, pour donner aux propriétaires des bestiaux des explications sur les moyens d'en arrêter les progrès.

(1) BOULEY, d'Avesnes, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1873,

(2) COLLIN, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1876, p. 771.

Quelques jours après mes premières visites dans les étables envahies, et alors que je suivais la marche de l'épidémie, un matin, à mon réveil, j'éprouvai du malaise, de la fièvre et de la douleur à la face interne de la lèvre inférieure et à la pointe de la langue. La muqueuse de ces régions était rouge, gonflée et j'avais dans la bouche une abondante salivation. Presque aussitôt j'aperçus sur les points de la muqueuse enflammée un certain nombre d'aphtes de couleur blanchâtre et de la grosseur d'une lentille.

J'étais bien évidemment atteint de la fièvre aphteuse. Il est probable que j'avais mis ma main couverte de bave virulente sur ma lèvre inférieure, et que c'était par cette voie que s'était faite la contagion. »

OBSERVATION VII (1).

HEU, de Chaumont-en-Vexin.

C'était vers le 10 octobre, un veau venait de mourir de la fièvre aphteuse dans une ferme où cette maladie régnait avec intensité.

Un Auvergnat qui fait le commerce des peaux, acheta ce veau pour une modique somme et s'empressa de le dépouiller de suite. Il se blessa à l'articulaire de la main gauche. Huit jours après il fut pris de maux de tête et d'une fièvre intense. Il est obligé de garder le lit pendant deux jours.

La main était engorgée jusqu'au poignet, le doigt et

(1) HEU, Contagion de la fièvre aphteuse à l'espèce humaine. *Bulletin de la Société de médecine vétérinaire pratique*, 1880, p. 360.

la paume de la main étaient blancs et pleins de sérosité.

L'Auvergnat, inquiet de son mal, se fit transporter sur une charrette, à quelques kilomètres de là, pour consulter un curé de campagne en vogue dans la contrée, qui lui procura une herbe dont il avait le secret.

Il guérit.

OBSERVATION VIII (1).

D^r MATHIEU, de St-Rémy (Haute-Marne).

Au mois d'octobre dernier, je soignais à Drosnay, le sieur B..., marchand de bestiaux, âgé de 37 ans, doué d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution. Il avait une stomatite aphteuse dont les symptômes, l'intensité et surtout l'étiologie me paraissaient avoir un intérêt particulier.

Plusieurs jours avant de tomber malade, il parcourait plusieurs communes de la Haute-Marne atteintes de cocotte. Pour s'assurer que les bêtes n'étaient pas malades, il prenait les naseaux d'une main et introduisait l'autre dans la bouche. Le plus souvent il ne se lavait pas les mains après ces explorations.

Le 22 octobre, quatre ou cinq jours après son retour à Drosnay, il fut pris tout à coup, au milieu d'une excellente santé, de frissons répétés suivis d'une fièvre intense, avec céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, nausées, perte absolue d'appétit et courbature générale. Des taches rouges, douloureuses, au nombre de huit à dix, ne tardèrent pas à se montrer dans la bouche, le plus grand nombre à la face interne des lèvres et des joues;

(1) MATHIEU, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1881, p. 20.

les autres sur le dos de la langue. En même temps les ganglions sous-maxillaires se gonflaient.

Je ne fus appelé que le troisième ou le quatrième jour. La fièvre persistait. Un engorgement ganglionnaire considérable encadrait les régions parotidiennes et sous-maxillaires: d'où difficulté d'ouvrir la bouche. Il existait une véritable stomatite vésico-ulcéreuse. La plupart des aphthes déjà ulcérés, présentaient un fond grisâtre et un liséré d'un rouge vif. Les gencives étaient gonflées et douloureuses; elles devinrent saignantes les jours suivants, et les dents elles-mêmes s'ébranlèrent à un certain degré.

Vers le huitième jour, les symptômes s'amendèrent, il s'écoula un peu de sang noir par les fosses nasales. L'état saburral persista pendant plus de trois semaines; mais les ulcérations se cicatrisèrent entièrement vers le dixième ou treizième jour.

Le Docteur MATHIEU examina avec soin le malade pour voir s'il présentait quelques traces d'écorchures; il ne trouva rien.

Il est probable qu'il s'était infecté en portant à sa bouche ses mains ou un objet malpropre.

OBSERVATION IX (I).

L..., garçon de ferme; est chargé de la traite des vaches contaminées. Il est porteur, depuis huit jours, d'une coupure siégeant à l'index droit, produite par un instru-

(I) VIALLE, Thèse Toulouse 1900.

ment tranchant, lorsqu'il s'inocule le virus aphteux pendant la traite, le 20 octobre 1898.

Le 24, son index est le siège d'une tuméfaction douloureuse. Nous le voyons le lendemain et nous constatons trois vésicules de la grosseur d'un pois qui ont pris naissance sur le bord de la place infectée.

Le 25, la tuméfaction gagne la main, le 26 l'avant-bras. Les ganglions de l'aisselle sont douloureux. La peau a sa coloration normale.

Phénomènes généraux très marqués, T: 93° 5. Le lendemain nous notons une grande quantité de vésicules sur les lèvres, résultat d'une auto-incubation. La température varie de 39° à 40°.

Appétit conservé. Mouvements de déglutition douloureux.

Le 8 novembre, guérison complète.

OBSERVATION X (1).

Il s'agit d'un vétérinaire, M. B..., qui le 30 novembre 1900, tandis qu'il amincissait la corne à une vache aphteuse, se blessa avec son instrument très superficiellement à la face antérieure du genou droit, au-devant du tendon rotulien. C'était une simple petite éraillure, qu'il lava immédiatement avec de l'eau boriquée et de la liqueur de VAN SWIETEN qu'il avait sous la main.

En rentrant chez lui, il fit un pansement plus complet et le renouvela tous les jours, jusqu'à cicatrisation complète.

Le 4 décembre, c'est-à-dire 5 jours après, la petite blessure qui était fermée se rouvrit et il se forma trois

(1) WEISS, *Revue médicale de l'Est*, 1904.

aphtes sur ses bords. Le patient n'éprouvait du reste aucune douleur appréciable à ce moment dans la région du genou et les mouvements étaient libres.

Le 7 Décembre, il commença à ressentir de la gêne dans la jointure qui se tuméfia notablement et devint le siège de souffrances apparaissant surtout la nuit. Dès le lendemain, l'affection aphteuse se caractérisait d'une façon plus nette par l'apparition d'une éruption en couronne sur le pharynx, avec douleurs vives pendant la déglutition, et salivation intense. Il y avait une fièvre marquée et un état saburral des voies digestives. Les jours suivants, cet état local de la gorge persista sans modifications tandis que le genou continuait à augmenter de volume, présentait tous les caractères d'une arthrite intense ce qui décida le malade à réclamer mes soins.

Je vis ce malade pour la première fois le 13 décembre. Il présentait toujours de la fièvre; sa gorge était encore rouge et douloureuse, mais les ulcérations caractéristiques avaient disparu.

Examen du genou blessé: Arthrite suppurée ou arthrite plastique intense. Ponction exploratrice avec l'appareil Diculafoy: on retire 150 à 200 grammes d'un liquide particulier rappelant celui de certaines arthrites en voie de transformation purulente.

Dès le lendemain, l'épanchement se reproduit complètement.

Arthrotomie le 16 décembre: Trois incisions, deux latérales, une médiane au niveau du cul de sac rotulien. Drains: immobilisation sur une attelle de Bäckel. Pansements successifs. Cicatrisation rapide sans reproduction du liquide.

Entre temps deuxième poussée de vésicules dans la gorge avec fièvre intense et congestion pulmonaire d'où hémoptysie. Etat inquiétant. Le malade surmonte ces accidents.

Massage, application d'eau chaude sur le genou. Le malade recouvre totalement ses mouvements.

Dans le liquide ensemençé, on trouve: 1° un blastomycète; 2° un micro-organisme qui doit être rapproché du colibacille, mais aucun des microbes que divers auteurs ont signalés dans l'infection aphteuse.

Maintenant quelle est l'origine de cette arthrite? La description classique de la maladie chez les animaux prouve qu'on ne constate jamais de manifestations articulaires au cours de la cocotte. Il en est donc de même vraisemblablement chez l'homme et force nous est donc jusqu'à nouvel ordre de nous rabattre sur une autre hypothèse, à savoir qu'il s'est agi de simple arthrite de voisinage par irritation propagée. Les vésicules aphteuses siégeaient à la face antérieure du tendon rotulien; l'inflammation qui s'est développée autour d'elles s'est étendue à la synoviale, déterminant un épanchement séro-purulent de nature relativement bénigne.

Il n'y a donc là qu'un fait local comme on peut en observer à l'occasion de la plaie la plus simple.

OBSERVATION XI (1).

Villain

J'ai cité dans mes rapports le cas d'un ouvrier du

(1) In thèse CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN 1910.

marché de la Villette porteur de plaie à la main et qui infecta cette plaie en touchant des porcs aphteux; il y avait dans les espaces interdigitaux des vésicules à contenu séreux.

Sur un autre boucher le mal avait envahi les cinq doigts de la main droite: on voyait autour des ongles, comme autour de ceux des animaux malades, un sillon disjoncteur blanchâtre, renfermant un liquide que la moindre pression faisait sortir.

Un autre langueur avait seulement des aphtes autour des ongles des deux pouces.

TRANSMISSIBILITÉ PAR LE VACCIN ?

OBSERVATION (I)

Une petite fille de 5 ans est vaccinée (vaccination de maison en raison de la contagion); le jour même elle a de la démangeaison et cinq jours après des maux de tête et du gonflement au niveau des glandes sous-maxillaires; le sixième jour, la douleur dans la bouche est si vive qu'il lui est impossible de manger; il y a de la rougeur marquée des gencives. Au niveau de l'inoculation au bras, il y a une petite ulcération; le septième et le huitième jours la fièvre est intense; à partir du neuvième jour tous les symptômes décroissent, la douleur di-

(I) ROCHÉ, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.

minue; le dixième jour les gencives sont très rouges et couvertes d'ulcérations.

La mère de cette petite fille a été vaccinée en même temps; elle a présenté des accidents tout à fait semblables, dont la durée a été la même; gonflement sous-maxillaire, douleur et ulcérations buccales. Il m'a été impossible d'établir si la cocotte existait dans l'étable du vaccinateur; mais une autre personne de la même maison qui a été vaccinée en même temps, a présenté les mêmes phénomènes.

CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES

CHAPITRE VI

FRÉQUENCE DE LA FIÈVRE APHTEUSE CHEZ L'HOMME SA VALEUR

Au mois de février 1912, le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, adressait au Préfet de l'Hérault une circulaire ainsi conçue dans ses lignes principales :

« L'attention du Comité consultatif d'hygiène publique de France a été appelée, dans ces derniers temps sur la question de la transmissibilité de la fièvre aphteuse de l'espèce bovine à l'espèce humaine.

D'un rapport présenté à cet égard, il résulte que la fièvre aphteuse sévit dans la presque totalité des départements français, sur un nombre considérable de têtes de bétail. Les gens qui soignent les animaux malades se comptent par milliers, comme aussi les vaches aphteuses dont le lait est consommé quotidiennement, et cependant les cas de transmission ne sont observés que dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Le Comité estime qu'il serait intéressant de faire, au point de vue sanitaire et statistique, une enquête spéciale sur les cas de contagion ainsi constatés, enquête

qui pourrait être utilement confiée aux Conseils d'hygiène publique et de salubrité. Ces assemblées qui comprennent des médecins et des vétérinaires, seraient bien placées pour recueillir, auprès de ces derniers ou par leur intermédiaire, des renseignements précis, les apprécier et les transmettre à l'administration (1). »

M. CONTE, vétérinaire, chef du service sanitaire du département de l'Hérault fut chargé de ce rapport. Il fut alors adressé le questionnaire suivant aux médecins, vétérinaires et officiers de santé du département.

1° Connaissez-vous des exemples de transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme?

2° Modes de transmission de la maladie?

3° Quelles sont les localités où la fièvre aphteuse a été constatée chez l'homme?

4° Quel est le nombre de cas observés?

5° Age et profession des personnes atteintes?

6° Durée et terminaison de la maladie.

Sur les 301 réponses qui parvinrent, 289 étaient négatives; les 12 réponses affirmatives comprenaient un chiffre de 22 personnes affectées, se répartissant entre neuf enfants et treize adultes. La maladie sauf chez un enfant de dix mois s'est toujours terminée par la guérison dans un délai variant de trois jours à un mois. Sur les treize adultes, dix étaient des professionnels ayant des rapports journaliers avec les animaux aphteux (cinq bergers, trois laitiers et deux éleveurs). Or si l'on songe que pendant les années 1899, 1900 et 1901, des millions d'animaux ont été atteints en France, il faut bien ad-

(1) CONTE, Transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme. *Revue vétérinaire*, 1^{er} avril 1903.

mettre que dans un département où aurait régné l'épizootie, le nombre se serait élevé à quelques milliers de bestiaux aphteux (1).

Pour qui connaît le peu de précautions que prennent les propriétaires d'animaux afin de se prémunir contre une infection transmissible à l'espèce humaine (que d'ailleurs beaucoup ignorent), on est frappé de constater un chiffre aussi minime de personnes atteintes par la contagion. Combien de gens à la campagne se trouvent en contact avec des animaux malades, qu'ils approchent, touchent ou soignent ! Combien nombreux sont ceux qui ne se lavent jamais les mains et les portent ensuite à leur bouche ! Si cette transmission de la fièvre aphteuse, indiscutablement démontrée, était fréquente, elle comporterait un nombre respectable de victimes en une seule année épizootique.

Contre cet argument, les praticiens ont coutume d'invoquer la virulence atténuée ou exaltée de l'épizootie. C'est ainsi qu'en Allemagne pendant les années 1910 et 1911, les statistiques officielles (2) donnent un chiffre d'environ cent à cent cinquante personnes atteintes et l'on sait que la maladie chez les animaux est dans ce pays particulièrement grave. En France, pendant les années 1899, 1900 et 1901, la fièvre aphteuse fut particulièrement maligne ; la mortalité atteignit même chez les animaux adultes une proportion considérable ; des étables furent complètement dévastées. Et cependant les

(1) D'après le *Bulletin sanitaire* de juillet 1912, 38.408 étables infectées auraient été déclarées dans les dix mois précédents.

(2) NEVERMANN, *Deroffentlich hungen aus den Jahres-Vcterinar*, 1910 et 1911.

cas de transmission à l'homme ne furent ni plus graves, ni plus nombreux que dans les épizooties ordinaires.

Par contre, si l'on remonte aux publications de la fin du siècle dernier on est frappé du nombre de cas de contagion relatés.

C'est ainsi qu'en 1869, à Beccles, petite ville du Comté de Suffolk, le D^r CROWFOOT (1), dit avoir vu plus de 100 personnes atteintes de stomatite éruptive avec fièvre, troubles gastriques, diarrhée. Les aphtes étaient suivis « d'ulcérations analogues à celles que l'on observe dans l'hydrargyrisme (1). » Cette épidémie coïncidait avec une épizootie de fièvre aphteuse et disparut avec elle.

En 1876, à Eagley (Comté de Lancastre), 115 habitants furent frappés par la maladie. Le Conseil sanitaire provincial déclara que cette épidémie était de la fièvre aphteuse d'origine bovine (2).

C'est encore en 1884 l'épidémie de Douvres où 205 personnes sont atteintes par la fièvre aphteuse.

Personnellement, nous avons procédé à des recherches dans le département de l'Ain. M. FORGEOT, vétérinaire départemental, s'est très obligeamment prêté à nos demandes de renseignements. Depuis un an environ, 1.500 cas de fièvre aphteuse ont été déclarés. En comptant ceux qui n'ont pas été connus ou que l'on n'a pas voulu déclarer aux mairies, il faut doubler le chiffre pour arriver à une statistique très vraisemblablement exacte. Nous savons en effet, et cela d'une manière certaine,

(1) THORN, *Twelfth Report, of the Medical Officer of the Privy Council*, London, 1869.

(2) BOULEY, *Recueil de méd. vétér.* 1876, p. 424.

que les statistiques officielles concernant la fièvre aphteuse sont toujours au-dessous de la vérité. Soit par indolence, soit par mauvaise volonté, les propriétaires de bestiaux s'efforcent le plus souvent de dissimuler, d'accord en cela avec les municipalités, ou de faire circuler leurs animaux maîades. C'est alors au cours d'une visite inopinée, d'une enquête dirigée dans une commune soupçonnée comme infectée, que l'on trouve un foyer de contagion. Mais avant que la cocotte ne soit officiellement reconnue, le lait provenant de vaches aphteuses a été livré à la consommation.

En ce qui concerne le mode de contagion par le lait nous n'avons pu réunir que deux observations que nous croyons authentiques. Nous sommes d'ailleurs persuadés qu'il y en a eu quelques autres, mais il est certain que leur nombre reste peu élevé. Dans une localité où sévissait la fièvre aphteuse, nous avons demandé des renseignements. Voici ce que nous écrit le docteur DUCHER, de Thoissey (Ain): « Je n'ai vu aucun cas de transmission de la fièvre aphteuse à l'homme; j'ai interrogé à ce sujet deux de mes confrères qui eux non plus ne connaissent pas d'observations. Les cas sont certainement rares. »

« Un fait bien particulier nous a frappé dans l'examen des travaux parus sur ce sujet, nous dit ROCHÉ (1); tandis que les vétérinaires qui visitent les fermes, qui connaissent par conséquent les foyers de l'épizootie, ne constatent pour ainsi dire jamais de transmission à

(1) ROCHÉ, Communication sur la transmissibilité de la cocotte des animaux à l'homme, faite à la *Société de médecine*, in *Progrès médical*, 15 novembre 1902.

l'homme, il se trouve que ce sont les médecins, en particulier ceux vivant dans les grands centres, qui font l'identification des deux affections et cependant, la plupart du temps, ils n'ont pas les moyens de contrôler l'existence de la cocotte au voisinage de leurs malades ou d'en démontrer les points de contact. Pour le plus grand nombre, ces médecins procèdent par une pure vue de l'esprit, qui peut être la vérité et qui l'est probablement, mais il n'est plus de notre époque de faire de l'étiologie de certains symptômes par simple raisonnement. »

Nous avons dit précédemment que le lait aphteux pouvait être livré à la consommation, soit d'une manière frauduleuse, soit par ignorance de la maladie ce qui est exceptionnel. Une grande partie du lait, servant à la consommation lyonnaise, nous vient de la Bresse pays infecté depuis plus d'un an. Des enfants ou des grandes personnes ont du en absorber non bouilli. Nous n'avons relevé aucune observation de transmission aphteuse dans les services hospitaliers et plus particulièrement à la Clinique médicale infantile de M. le Professeur WEILL.

De ce cas particulier, nous ne voulons pas conclure à la généralité; mais il faut bien l'avouer; au cours d'une épizootie ordinaire de fièvre aphteuse, les cas de contagion à l'homme sont rares.

Que penser alors des nombreuses observations que publient certains auteurs? Il est d'ailleurs assez curieux de constater que le tableau clinique qu'ils exposent n'est plus celui décrit dans les traités. Ils citent notamment des cas de fièvre aphteuse chronique, à marche torpide, à caractères nettement polycycliques: « L'éruption, dit

ARTHAUD (1), simule par son polymorphisme diverses affections. » et plus loin : « La prédominance des phénomènes éruptifs fait conclure à des rougeoles, des scarlatines, du purpura. Devant l'importance des phénomènes généraux, l'éruption aphteuse semble reléguée au second plan, et dans les préoccupations du praticien, arrive en dernière ligne. Dans d'autres observations, l'importance plus grande des phénomènes buccaux force à conclure autrement et l'on a publié des stomatites alimentaires, des stomatites urémiques, des angines de VINCENT. Parfois, ce sont les phénomènes nerveux qui marchent en première ligne, et ce sont en général des cas très graves. Dès lors on porte le diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique ou de méningite tuberculeuse ; erreur que nous avons nous-même commise, oubliant comme la plupart des confrères, qu'à l'heure actuelle il y a eu un synchronisme remarquable entre la fièvre aphteuse et l'épidémie de méningite. » et enfin : « Dans certains cas, la fièvre est assez peu marquée pour que le délire soit la première manifestation apparente de la maladie. Malgré cette bénignité relative, le pronostic est à peu près fatal dans ces cas, car la fièvre s'accroît sans interruption, atteint presque en deux jours 41° et le malade succombe sans connaissance avec des phénomènes qui sont ceux de la méningite cérébro-spinale. »

Avec de telles théories alarmistes, quel doute peut germer dans l'esprit du praticien crédule ! A quoi servent les ressources de la bactériologie ou du laboratoire ? La présence du méningocoque, la cytologie du liquide

(1) ARTHAUD, *Progrès médical*, 28 juin 1902.

céphalo-rachidien, toutes choses dont la valeur diagnostique et pronostique nous ont été enseignées, seraient-elles à rayer de la pathologie humaine? L'herpès labial qui apparaît parfois au cours d'une méningite cérébro-spinale serait-il confondu avec les vésicules d'une stomatite aphteuse?

Vouloir démontrer qu'une affection aussi mal étudiée que la fièvre aphteuse chez l'homme, parce qu'insuffisamment observée, présente un aspect clinique toujours identique, serait fort condamnable; vouloir prouver par une symptomalogie éparse autant que fantaisiste que l'on a affaire à la même entité morbide nous paraît pour le moins discutable.

Pour en terminer nous dirons que l'enquête étiologique, seule ressource qui soit à la portée du praticien pour croire sinon affirmer une origine animale, doit servir de base à toute observation de fièvre aphteuse. Il ne faut pas cependant que le praticien s'attende à voir ses efforts dirigés dans ce sens, être toujours couronnés de succès. Il lui arrivera quelquefois, dans des cas isolés, de ne pouvoir conclure à une transmission d'origine animale, soit que ses recherches ne puissent lui donner de résultats appréciables, soit même que l'on ne puisse trouver dans les comparatifs du malade aucun mode de contagion connu jusqu'à ce jour. Car il est à remarquer, en effet, que dans quelques cas on ne peut invoquer une transmissibilité par le lait, le laitage ou par contact direct. (Observations du D^r JAMBON).

Nous en arrivons donc à nous demander s'il n'existe pas d'autres conditions de transmissibilité inconnues jusqu'alors ou bien, encore si la fièvre aphteuse peut

exister chez l'homme en dehors de toute contagion d'origine animale. Pour résoudre cette question, nous ne pouvons compter sur les données imprécises de la bactériologie. Mais l'expérimentation tentée avec succès par SCHANTYR et BERTARELLI pourrait parfois donner la solution du problème. L'identité des deux affections chez l'animal et chez l'homme serait de cette façon et dans les cas douteux, nettement démontrée. « L'illustre PASTEUR, dit ROCHÉ, qui s'est immortalisé en mettant inflexiblement à la base de ses recherches l'observation et l'expérimentation, nous a appris à nous défier de ces pseudo-vérités scientifiques, qu'il est si facile d'émettre et tout à fait impossible de prouver. »

CHAPITRE VII

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Nous avons vu que le lait des animaux malades ne devait pas être livré à la vente et qu'il ne pouvait être utilisé sur place qu'après ébullition.

Cette dernière clause, quoique récente, repose sur un article de la loi déjà ancien (1). Dans la séance de l'Académie de médecine du 27 mai 1902, M. JOSIAS, émettait le vœu que « les règlements sanitaires n'autorisent la vente du lait dans les vacheries où sévit la fièvre aphteuse, qu'après que ce lait en totalité aurait été bouilli ou pasteurisé à 85°. » M. NOCARD, ajoutait : « Le virus aphteux est détruit presque instantanément par le chauffage à 80°; en imposant la pasteurisation à 85° on aura toute garantie que le lait sera complètement inoffensif; et comme le lait pasteurisé à 85° n'a pas le goût de cuit du lait bouilli, le nourrisseur pourra continuer à le distribuer à ses clients (2). »

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, saisi de la même question, formulait un vœu analogue dans sa séance du 16 mai 1903.

(1) ART. 97 de la loi du 5 avril 1884 : « La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publique. Elle comprend... 6° Le soin de prévenir, par des précautions convenables, et celui de faire cesser par la distribution des secours nécessaires les accidents et les fléaux calamiteux, tels que les incendies, les inondations, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties en provoquant, s'il y a lieu, l'intervention de l'administration supérieure. »

(2) Cette mesure ne reste pas dépourvue de sanction grâce à la réaction de STORCH qui permet de s'assurer si le lait a été porté à une température de 85°.

Nous rappellerons que cette réaction consiste à ajouter quelques

La stérilisation ou le chauffage à 90°, pendant un quart d'heure sont des mesures appliquées aujourd'hui dans la plupart des pays étrangers: Allemagne, Danemark, Suède, Roumanie, Italie... et cela tant pour prévenir la contamination de l'homme que pour éviter tout risque d'extension de l'épizootie par le lait virulent ou par les produits qui en dérivent. D'ailleurs cette mesure constitue la base de l'hygiène alimentaire du nourrisson. « Le lait est très généralement un véhicule de nombreux germes plus ou moins malfaisants, un produit malpropre contenant une foule de souillures, qui proviennent de la mulsion effectuée par des mains sales, sans nettoyage préalable des trayons et du pis ou des récipients dans lesquels on le recueille et on le transvase, quand d'autres souillures n'y sont pas déposées de propos délibéré ou versées frauduleusement (1). »

Enfin, pour éviter la contagion par contact ou inoculation, la plus élémentaire des précautions consiste à prendre des soins de propreté. Un lavage des mains à l'eau et au savon ordinaire suffit dans la plupart des cas. Si la personne qui soigne ou touche des animaux malades, présente des crevasses ou des excoriations au niveau des mains, on pourra dans ces conditions faire de l'antisepsie en conseillant des lavages à l'alcool, au sublimé à 1 p. 1000, etc...

Le traitement de la fièvre aphteuse chez l'homme se

gouttes de la solution médicinale d'eau oxygénée à 10 c. c. de lait suspect; après agitation on laisse tomber dans le mélange deux ou trois gouttes d'une solution à 2 p. 100, fraîchement préparée de paraphénylendiamine. Si le lait n'a pas été chauffé, il prend immédiatement une coloration gris bleuâtre, qui vire promptement au bleu indigo. Le lait conserve son aspect ordinaire, s'il a été porté à une température supérieure à 80°.

(1) CADIOT, *Recueil de médecine vétérinaire*, 15 juin 1913.

borne généralement à une thérapeutique symptomatique.

Cependant il y a quelques années, un médecin italien, le Docteur SANGIOVANNI a fait connaître un cas de stomatite aphteuse qui après avoir résisté aux moyens thérapeutiques usuels (gargarismes antiseptiques, cautérisations au nitrate d'argent), guérit complètement à la suite d'une atteinte de diphtérie traitée par le sérum antidiphthérique. Fort de cet exemple, le D^r DEL MONACO (1) appelé à donner ses soins à une fillette d'un an, atteinte de stomatite aphteuse grave avec cachexie très prononcée, se décida à pratiquer une injection de sérum antidiphthérique. Sous l'influence de cette médication, ce praticien ne tarda pas à constater une amélioration sensible de l'état général en même temps qu'il voyait se dissiper la tuméfaction sublinguale, qui avait cependant résisté aux badigeonnages avec des solutions de permanganate de potasse et de nitrate d'argent.

Le Docteur LÉVY (2) prescrit également le sérum antidiphthérique mais en potion. Il formule :

Sérum antidiphthérique... 10 cent. cubes.
Sirop de fleurs d'orangers 50 centilitres.

Après quoi il fait prendre quatre à cinq cuillerées à soupe de :

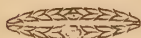
Antipyrine.....	1 gr.
Salicylate de Soude.....	} à 5 gr.
Benzoate de Soude.....	
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60 gr.
Elixir de Garus.....	40 gr.
Eau... ..	Q.S. p. 300 gr.

(1) DEL MONACO, Les injections de sérum antidiphthérique comme moyen du traitement de la stomatite aphteuse, in *Semaine médicale* 1903, p. 52.

(2) LEVY, *Presse médicale*, 28 octobre 1911.

Quant au traitement local, il consiste avant tout en des lavages antiseptiques de la bouche: eau oxygénée étendue d'eau bouillie, chlorure de chaux à 2. p. 100; gargarismes avec une solution de salicylate de soude à 2. p. 100. De même on pourra prescrire des badigeonnages au borate de soude et glycérine à 1 p. 10, l'attouchement des ulcérations avec du chlorure d'or à 1/50, soit encore plus simplement avec de la teinture d'iode. SIREDEY et JARRE (1) préconisent l'emploi de l'acide chromique chimiquement pur en solution concentrée à 33 p. 100.

Enfin il sera bon de faire de l'antisepsie intestinale à l'aide de calomel à doses fractionnées (0,05 à 0,15 cgr.) ou mieux encore avec du benzonaphtol (1 gr.) ou du salicylate de naphtol (1 gr.).



(1) JARRE et SIREDEY, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* 1900.

CONCLUSIONS

- 1° Parmi les affections, qui chez l'homme, s'accompagnent d'aphtes, il en est deux qui doivent être nettement différenciées au point de vue clinique et étiologique:
 - a) Les *aphtes* ou stomatite aphteuse *banale*;
 - b) La *fièvre aphteuse*;
- 2° Cette fièvre aphteuse est comparable, sinon identique à celle des animaux;
- 3° Sa transmissibilité de l'animal à l'homme peut se faire:
 - a) Par l'ingestion de lait et de laitage;
 - b) Par contact du virus aphteux sur les muqueuses;
 - c) Par inoculation sous-cutanée;
- 4° La transmissibilité de l'homme aux bovidés a été réalisée expérimentalement; l'inoculation pourrait servir de diagnostic scientifique.
- 5° La transmissibilité d'homme à homme paraît être exceptionnelle et n'est pas encore suffisamment établie;
- 6° Pour éviter de s'exposer à la contagion deux moyens prophylactiques sont indispensables:
 - a) La pasteurisation ou l'ébullition du lait;
 - b) Des soins de propreté et d'antisepsie pour les personnes qui approchent les animaux atteints de fièvre aphteuse.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,
LESIEUR.

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 15 novembre 1913.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHOINE, cité par ROCHÉ, in *Progrès médical*, 15 novembre 1902.
- ARTHAUD, Etude sur la stomatite aphteuse et sur son influence dans l'évolution des aphtes chroniques. (*Progrès médical*, 23 février 1901).
- Id. Etude sur la fièvre aphteuse à l'état épidémique chez l'homme. (*Progrès médical*, 28 juin 1902 et 31 décembre 1904).
- BALTHAZARD, *Pathologie interne*. (Balthazard et Claude), 1907.
- BEKLA, *Centralbl. f. Bakter*, 1893.
- BERTARELLI, *Centralbl. f. Bakter*, 1908.
- BILLARD, *Maladies des enfants* 1837.
- BLIGH, *The Lancet* 1895.
- BOAS, De la Maladie aphteuse (cocotte) chez l'homme. *Société de médecine interne de Berlin* (in *Semaine médicale* 1893).
- BOHN, *Gerhardt's Handb. d. Kinderh.* 1888.
- BONTANT, *Thèse Paris*, 1901.
- BOULEY, Sur l'épizootie de fièvre aphteuse qui règne actuellement en France et sur toute l'Europe. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1872.
- Id. *Revue de médecine vétérinaire*, 1872.
- Id. *Recueil de médecine vétérinaire*, 1873 et 1876.

- BOULEY (d'Avesnes), *Recueil de médecine vétérinaire*, 1873.
- BOYÉ et PANISSET, Fièvre aphteuse, *Gazette des Hôpitaux*, 25 juillet 1908.
- BRISCŒ, *British medical Journal*, 1872.
- BUHRMANN, *Arch. f. Wissensch. und prakt. Thierheilkunde*, 1885.
- BUSSENIUS et SIEGEL, *Deutsche méd. Wochenschr*, 1897.
- CADÉAC, Du traitement de la fièvre aphteuse. *Journal de méd. vét. et de zootechnie*, 29 février 1912.
- CADIOT, Sur la transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme. *Recueil de méd. vétér.*, 15 mai et 15 juin 1913.
- CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN, *Thèse de Paris* 1910.
- CHAUMIER, Etiologie des aphtes chez les enfants, *Troisième congrès de médecine interne de Nancy*, du 6 au 10 août 1896.
- CHAUVEAU, *Communication au congrès international d'hygiène de Londres*, 1890.
- COLLIN, cité par BOULEY, *Recueil de méd. vétér.*, 1876.
- CONTE, Transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme, *Revue vétérinaire*, 1^{er} avril 1903.
- CROZAT, *Thèse de Montpellier*, 1899.
- DAVID, La stomatite aphteuse et son origine, *Archives générales de médecine*, 1887.
- DELEST, *Thèse de Paris*, 1881.
- DEMME, *Wien. méd. Blat.*, 1883.
- DEPAUL, Discussion sur l'origine de la vaccine, *Bulletin de méd. vét.*, 1863.

- EDELMAUN, *Bericht über d. Veterinarwesen im Sachsen*, 1896.
- ENRIQUEZ, *Fièvre aphteuse, Traité de médecine* (Enriquez, Bergé, Laffitte, Lamy), 1909.
- ESSER, cité par PROUST. (*Revue d'hygiène*, 1888).
- FORTUNA, *Recueil de méd. vétér.*, 1897.
- FRANKEL, *Centralblatt. f. Klein. méd.*, 1888.
- FROHNER, *Zeitschn. f. Fleisch und Milchhygiene*, 1891-92.
- GLAISTER, *The Lancet*, 26 septembre 1896.
- GRENET, *Stomatites. Nouvelle pratique médico-chirurgicale*.
- GUERSANT, *Dictionnaire de médecine*.
- GUYON et THIERRY, *Archives de Physiologie* 1839.
- HARTENSTEIN, *Bericht über d. Veterinarwesen im Sachsen*, 1890.
- HERTWIG, *Uebertragung tierischer Ansteckungstoffe auf Menschen*, *Berl. méd. Zeit.*, 1834 et *Preuss. méd. Zeitung*, 1834.
- HEU, *Contagion de la fièvre aphteuse à l'espèce humaine*. *Bulletin de la société de méd. vét. prat.*, 1880.
- HILDEBRANDT, *Magazin für Thierheilkunde*, 1840.
- HIRTZ, cité par ROCHÉ, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.
- HOUSSAY, *Gazette médicale du Centre* 1900.
- HULIN, cité par BOULEY, *Recueil de méd. vét.*, 1873.
- JAMES, *Dictionnaire de médecine*, 1746.
- JARRE et SIREDEY, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1900.

- JOSIAS, Fièvre aphteuse chez un enfant âgé de treize mois. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1902.
- KLEIN, *Centralblatt. f. Vétér.*, 1888.
- LANDEL, *Journal de Lucas-Championnière*, 10 septembre 1900.
- LEGENDRE et RUAAULT, in *Traité de médecine, Bouchard et Brissaud*.
- LÉVY, Modalités cliniques de la fièvre aphteuse. Son traitement. *Presse médicale*, 28 octobre 1911.
- LIÉGEY, cité par ROCHÉ, *Progrès médical*, 15 novembre 1902.
- LEFFLER, *Neuvième congrès international d'hygiène et de démographie*, avril 1898, in *Semaine médicale* 1898.
- MATHIEU, Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme. *Recueil de méd. vét.* 1881.
- MEHRDORF, *Archiv. f. Wissensch. und prakt. Thierheilkunde* 1885.
- MONACO (DÉL), Les injections de sérum antidiphtérique comme moyen de traitement de la stomatite aphteuse, in *Semaine médicale*, 1903.
- MONTI, *Zur Etiologie und Pathogenese der stomatitis aphtosa*, *Henoch's Festchrift*, Berlin 1890.
- MOSNY, in *Traité Debove Achard*.
- MOUSSU, Le lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse. *Journal d'agriculture pratique*, 27 juillet 1911.

- NEVERMANN, *Deroffentlichlungen aus den Jahres-veterinar*, 1910 et 1911.
- NOCARD, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1902.
- NOCARD et LECLAINCHE, *Les Maladies microbiennes des animaux*, 1898.
- OHE, *Archiv. f. Wissenschr. und prakt. Thierheilkunde*, 1885.
- OLLIVIER, *Revue mensuelle des maladies de l'enfant*, janvier 1902.
- PÈTRE, *Thèse de Paris*, 1894.
- PIANA et FIORENTINI, *Centralblatt. f. Bakter.*, 1894.
- POMMERET, *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- PROUST, *Revue d'hygiène*, 1888.
- RAYER, Sur l'épizootie qui a régné à Paris dans les derniers mois de 1838 et pendant le 1^{er} semestre de 1839, *Archives de médecine comparée*, 1843.
- Id. *Bulletin de médecine vétérinaire*, 1838-39.
- REYNAL, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1863 et 1876.
- Id. *Traité de Police sanitaire*.
- RIEVEL, *Handb. der Milch.*, 1907.
- RILLIET et BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*, 1853.
- ROCHÉ, Sur la transmissibilité de la cocotte des animaux à l'homme: *Progrès médical*, 15 novembre 1902.
- SAGAR, *Libellus de aphtis pecorinis*, 1765.
- SCHAFER, *Archiv. f. Wissenschr. und prakt. Thierheilkunde*, 1894.
- SCHANTYR, *Arch. veterinarnich. nauk*, 1893.
- SCHEYER, *Dermat. Zeitschrift*, 1895.

- SCHOTTELIUS, *Centralblatt. f. Bakter.*, 1893.
- SCHRULLE, *Mittheil. aus d. Thierarztl. Praxis*, 1880-81.
- SIEGEL, De la stomatite aphteuse (cocotte) chez l'homme. *Société de médecine interne de Berlin*, 5 juin 1893, in *Semaine médicale* 1893.
- Id. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1891.
- STICKLER, *Medical Record*, New-York, 1890.
- STUTZER et HABNER, *Archiv. für Hygiene*, 1897.
- TEISSIER et ROQUE, Stomatite aphteuse, in *Traité de médecine Brouardel et Gilbert*, 1905.
- THIELE, *Deutsche militärarztl. Zeitschr.*, 1900.
- THORN, *Twelfth Report of the Medical Officer of the Privy Council*, London 1869.
- VAN PARYS, cité par DAVID, *Archives générales de médecine*, 1887.
- VIALLE, *Thèse de Toulouse*, 1900.
- VILLAIN, cité par CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN, *Thèse Paris*, 1910.
- VISEUR, Nouveau fait de contagion de la fièvre aphteuse à l'homme, *Recueil de méd. vétér.* 1872.
- WEIGEL, *Bericht über d. Veterinarwesen im Sachsen*, 1894.
- WEILL, Stomatites aphteuses ou aphites, *Médecine infantile*, 1911.
- WEILL et DUFOURT, L'herpès pneumonique, *Lyon médical*, 17 mars 1912.
- WEISS, *Revue médicale de l'Est*, 1904.
- WEISSENBERG, De la transmission de l'aphte épizootique (vulgairement cocotte) aux enfants, *Société de médecine berlinoise*, 18 décembre

1889, *Berlin. Klin. Wochenschrift*, n°
31,890.

WINKELMANN, Stomatite aphteuse suivie de mort,
Deutsche Zeitsch. f. Chir., 1894,



Table des Matières

PRÉFACE.....	9
INTRODUCTION	10
LIVRE I. — Des Aphtes.....	15
LIVRE II. — La Fièvre aphteuse chez l'animal...	20
LIVRE III. — La Fièvre aphteuse chez l'homme..	29
HISTORIQUE.	
CHAPITRE I ^{er} . — Etiologie	29
CHAPITRE II. — Bactériologie	45
CHAPITRE III. — Symptomatologie, marche et pronostic ; formes cliniques.	52
CHAPITRE IV. — Diagnostic	63
CHAPITRE V. — Observations.....	67
CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES.	
CHAPITRE VI. — Fréquence de la fièvre aphteuse chez l'homme ; sa valeur.....	119
CHAPITRE VII. — Prophylaxie et traitement...	128
CONCLUSIONS.....	132
BIBLIOGRAPHIE	133
